

TRAITÉ PRATIQUE

DE LA

# PNEUMONIE.

## TRAVAUX DU MÊME AUTEUR.

ESSAI SUR LA COLIQUE DE PLOMB. Paris, 1835.

RECHERCHES SUR QUELQUES-UNS DES ACCIDENS CÉRÉBRAUX, PRODUITS PAR L
PRÉPARATIONS SATURNINES. Paris, 1836.

MÉMOIRE SUR LA PNEUMONIE. Paris, 1836.

THÈSE SUR L'INFECTION. Paris, 1838.

HISTOIRE DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES. Paris, 1839.

IMP. MOQUET.

# TRAITÉ PRATIQUE

DE LA

# PNEUMONIE

## AUX DIFFÉRENS AGES,

ET

DANS SES RAPPORTS, AVEC LES AUTRES

## MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES.

**PAR A. GRISOLLE, D. M. P.**

MÉDECIN DU BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS ; MÉDECIN DU PREMIER DISPENSAIRE DE LA SOCIÉTÉ PHILANTHROPIQUE ; ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HOTEL-DIEU ; MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION ; MEMBRE HONORAIRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE ; CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MARSEILLE, ETC.

---

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

**LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,**

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

**1841**

A MES EXCELLENS MAITRES,

*Messieurs*

CHOMEL ET LOUIS,

*Comme un faible témoignage*
*de ma reconnaissance et de mon affection.*

A. GRISOLLE.

# AVANT-PROPOS.

Sans négliger l'étude des maladies rares et des cas exceptionnels qui se sont présentés à mon observation, j'ai pourtant toujours dirigé plus spécialement mon attention vers les maladies les plus communes, parce que ce sont celles qu'il nous importe le plus de connaître à fond ; à ce titre, la pneumonie a été de bonne heure l'objet de mes recherches et de mes méditations. Cette maladie est, en effet, l'une des plus fréquentes et des plus meurtrières, non seulement dans ce climat, mais probablement aussi dans la plus grande partie du globe ; elle sévit à tous les âges de la vie, atteint même l'enfant qui n'a pas encore vu le jour, et compte de nombreuses victimes dans toutes les conditions sociales. Enfin l'étude clinique a démontré, que la pneumonie était une des complications les plus communes des autres maladies, et la cause la plus fréquente des morts accidentelles qui frappent les individus atteints de quelque affection aiguë et chronique.

On doit supposer qu'une maladie qui survient ainsi dans des conditions individuelles et extérieures si opposées, ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères extérieurs, avec la même physionomie ; il est évident aussi, qu'en raison de ces mêmes circonstances, son pronostic doit varier, et que les indications que sa thérapeutique réclame doivent beaucoup différer, et ne peuvent être soumises à aucune règle fixe. Cependant il est quelques personnes qui semblent être persuadées du contraire, et qui nous donnent à chaque instant la pneumonie comme le type des maladies les mieux

connues dans ses causes, ses symptômes et son traitement. Une pareille opinion est évidemment erronée ; les personnes instruites, celles, par conséquent, qui savent apprécier les difficultés de la pratique, sont certainement d'un avis contraire, et la lecture de ce livre prouvera d'ailleurs, je pense, qu'elles ont tout à fait raison.

L'ouvrage que j'offre aujourd'hui à mes confrères est le fruit d'un travail auquel je me suis livré avec persévérance depuis plus de six années. C'est un résumé de 373 faits particuliers : les uns ont été recueillis pendant les deux années où je remplissais les fonctions de chef de clinique auprès de M. le professeur Chomel; les autres ont été observés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon respectable et savant maître M. Caillard et dans les salles de MM. Honoré et Gueneau de Mussy. Enfin ayant dirigé, pendant l'année 1840, l'un des services les plus nombreux de l'Hôtel-Dieu (annexe), j'ai pu recueillir encore 100 nouveaux faits, qui m'ont permis de compléter mes anciennes recherches.

Ces 373 observations se divisent en deux groupes: il y en a 304 qui sont relatives à des cas de pneumonies primitives, c'est-à-dire survenant chez des individus habituellement bien portans, ou qui du moins, ne sont actuellement atteints d'aucune maladie grave; les 69 cas qui restent appartiennent au contraire à des pneumonies qui se sont déclarées chez des individus déjà affectés de quelque affection aiguë ou chronique grave. Je nommerai les premières pneumonies *primitives*, les secondes seront étudiées sous les nom de pneumonies *secondaires* ou *consécutives*.

Tous les faits dont je parle ont été recueillis par moi-même au lit des malades; l'on verra plus tard les précautions

que j'ai prises pour arriver à la connaissance de certaines questions symptômatiques et d'étiologie. C'est aussi d'après l'analyse la plus exacte possible de ces diverses observations particulières, que j'ai étudié toutes les questions qui se rattachent à l'histoire de la pneumonie.

Je n'ai point à justifier ici la méthode que j'ai suivie dans la coordination des faits que j'ai réunis pour ce travail, car aujourd'hui tous les bons esprits sont unanimes pour reconnaître, qu'il n'y a qu'une seule manière d'arriver à quelque résultat positif; c'est après avoir réuni un nombre suffisant de faits exacts, de rapprocher entre eux ceux qui se ressemblent le plus, de les analyser, de manière à ce que les corollaires qu'on déduit résultent uniquement de la comparaison et de la numération des cas particuliers. Cependant, si je crois pouvoir affirmer que mes observations sont exactes, je dois convenir pourtant qu'il en est beaucoup d'incomplètes, c'est-à-dire qui ne contiennent point tous les détails dont j'avais besoin pour la solution des problèmes que je devais résoudre. Voilà pourquoi les divers résultats que j'indiquerai par la suite, ne s'appuieront pas sur le même nombre de faits, puisque j'ai dû nécessairement écarter momentanément tous ceux qui ne pouvaient me servir de renseignemens sur les questions que j'étudiais.

Quoique je me sois efforcé d'appuyer toutes mes opinions sur des résultats numériques, j'ai tâché cependant, pour rendre la lecture de mon livre moins ennuyeuse ou moins pénible, de dissimuler les chiffres, ou plutôt de les disséminer le plus possible. C'est ainsi que j'ai évité, autant que j'ai pu le faire, de donner des tableaux dans lesquels on résume sèchement en chiffres, ou par des formules algébriques,

les points les plus importants d'une série d'observations. C'est un travail préalable que l'auteur doit toujours faire, et que j'ai nécessairement fait moi-même, mais je crois qu'il est plus utile, et plus commode pour le lecteur, de lui présenter l'analyse des faits sous une forme moins aride, c'est-à-dire de lui donner un commentaire sur les tableaux qu'on a tracés d'avance, et étudiés avec soin. Je désire de n'avoir pas manqué trop souvent le but que je m'étais proposé.

Je me suis servi de quelques matériaux sur la valeur desquels il importe que je m'explique. Voulant étudier l'influence que les climats exercent dans la production des pneumonies, j'ai analysé les nombreux tableaux publiés il y a quelques années en Angleterre, sur les maladies qui sévissent sur les tr upes anglaises stationnées dans les différentes colonies de la Méditerranée et de l'Amérique (1). J'ai cru devoir utiliser ces travaux, comme offrant une certaine garantie d'exactitude, puisqu'ils ont été faits d'après les rapports officiels adressés par chacun des médecins et chirurgiens chargés de la santé des troupes. Cependant je me hâte de dire, que probablement, dans la classe des pneumonies, ont été rangés quelques cas de pleurésie, et de bronchite aiguë, de sorte qu'il est possible que les chiffres que je donnerai plus tard, d'après le *statistical report*, n'expriment pas exactement, mais seulement d'une manière approximative, le degré de fréquence de la pneumonie. Les rapports annuels publiés par le docteur Farr (2), sur les causes de la mortalité en Angleterre et

(1) Statistical report on the sickness, mortality, and invaliding among the troops in Mediterranean and the west Indies. London, 1838.

(2) First and second annual report of the registral general of births, deaths, and marriages in England. London 1839 and 1840.

dont je me suis également servi ont certainement beaucoup moins de valeur que les précédens, car malgré les précautions, le zèle et l'intelligence déployés par M. Farr, pour arriver à des résultats exacts, il me paraît presque impossible qu'il ne se soit pas glissé de nombreuses erreurs dans ses tableaux. J'avais besoin de donner ces explications, afin que le lecteur n'accorde pas à tous ces documens plus d'importance que je ne leur en donne moi-même.

J'ai essayé, dans cet ouvrage, de faire connaître les principaux travaux qui ont été entrepris par les auteurs anciens et modernes sur la pneumonie, mais je n'ai pas cru devoir me borner au rôle de simple historien, et j'ai regardé également comme un devoir de dire le degré de confiance qu'on pouvait accorder aux recherches des médecins qui m'ont précédé; je désire n'avoir été injuste envers personne. Obligé de combattre certaines doctrines, j'ai tâché également que ma critique ne fût jamais blessante, et si quelques mots un peu acerbes m'ont échappé malgré moi, je les rétracte tout à fait, et je demande pardon au lecteur de n'avoir pas su toujours donner au langage de la science la dignité qui lui convient.

J'ai beaucoup regretté de ne pouvoir citer que rarement l'ouvrage que M. Sestier a publié sur le même sujet que moi, et qu'il a intitulé, je ne sais pour quelle raison, *Leçons cliniques de M. Chomel*, puisque l'auteur s'empresse de déclarer que ce professeur n'a jamais fait de leçons spéciales sur la pneumonie. M. Chomel ayant été d'ailleurs complétement étranger à la rédaction de ce livre, je n'ai pas dû puiser dans celui-ci des opinions qui n'avaient aucun caractère d'authenticité. Lorsque j'ai voulu invoquer le témoignage de cet

habile et savant maître, je n'ai pu mieux faire que de prendre mes renseignemens dans la dernière édition de sa *Pathologie générale*, et dans l'article *Pneumonie* du *Dictionnaire de Médecine*. Cependant je ne puis m'empêcher d'adresser un reproche à M. Sestier : cet auteur avait annoncé qu'il nous ferait part des observations nombreuses qu'il avait recueillies dans les hôpitaux ; mais je n'ai vu nulle part que M. Sestier ait tenu sa promesse. Je trouve que généralement l'auteur s'est borné à un rôle trop modeste ; il a été historien fidèle, il est vrai, mais un peu trop servile des travaux les plus modernes, qu'il a acceptés presque sans examen, et sans jamais les soumettre au contrôle des faits qu'il avait lui-même recueillis. Je regrette que M. Sestier ait cru devoir en agir ainsi, car appréciant plus que personne son habileté et son excellent esprit, je ne doute pas qu'il ne fût arrivé à quelques résultats utiles, s'il eût voulu publier les nombreux matériaux qu'il avait à sa disposition ; mon livre eût certainement beaucoup gagné en se les appropriant.

En terminant, je prierai le lecteur de me juger avec bienveillance ; en entreprenant cet ouvrage, j'ai espéré être utile à mes confrères ; aussi je me suis efforcé de ne rien laisser échapper de ce qui pourrait intéresser les praticiens ; je désire avoir réussi à les instruire quelquefois. Fidèle d'ailleurs au précepte de Zimmermann (1), je n'ai dit que ce que j'ai vu, et comment je l'ai vu, afin que ceux qui viendront après moi, puissent confirmer mes recherches, ou rectifier les inexactitudes qui ont pu m'échapper.

(1) *Traité de l'Expérience*, chap. III, *de la nécessité des bonnes observations*, t. I, p. 247, Paris, 1774.

# TRAITÉ PRATIQUE

DE LA

# PNEUMONIE.

## CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Les nosologistes emploient le mot *pneumonie* (*pneumonia*), de πνευμων poumon, pour désigner l'inflammation du parenchyme ou de la substance même des poumons.

*Synonymie.* Cette maladie a reçu plusieurs autres noms : Dans la haute antiquité, le mot *pleurésie* servait à désigner toutes les maladies aiguës de poitrine ; plus tard, l'usage le consacra à l'inflammation de la plèvre et des muscles pectoraux, tandis que par *péripneumonie* ou *péripleumonie*, on désignait communément la phlegmasie du tissu des poumons. Ce mot de *péripneumonie* est celui dont Hippocrate et Arétée se sont servis ; c'est aussi celui qui a été préféré de tout temps par la généralité des médecins. De nos jours, quelques personnes, restreignant le sens du mot *péripneumonie* ont proposé de désigner par là l'inflammation qui n'envahirait que la superficie du poumon, tandis que l'expression *pneumonie* signifierait que la phlegmasie s'étend à une plus grande profondeur. Cette distinction ne peut être admise; car, comme Laënnec l'a fait observer, elle n'est nullement en rapport avec le sens dans lequel Hippocrate et tous les médecins, jusqu'ici, ont pris le mot de *péripneumonie* (1).

L'expression *pulmonie*, celle de *pulmonaria*, sont inusitées aujourd'hui et n'ont guère été employées que par quelques auteurs latins. Beaucoup de médecins, surtout dans le siècle dernier, appelaient souvent la pneumonie *fièvre pneumonique* ou *péripneumonique.* Fréd. Hoffmann et Huxham entre autres se servaient de cette locution ; les médecins semblaient vouloir expri-

(1) La particule περι dans le mot περιπνευμονια, ne signifie pas *autour*, mais indique seulement *importance*, comme dans cette expression ει περὶ τον Αγαμεμνονα pour dire Agamemnon. Laënnec, *Auscult.*, t. I, p. 487.

mer par là que l'appareil fébrile était le phénomène principal ou du moins primitif, et que ce n'était que consécutivement que le mouvement inflammatoire s'était porté vers les poumons. Nous verrons plus tard qu'il est quelques cas, rares il est vrai, où les mots de *fièvre pneumonique* peuvent encore être employés avec juste raison. Beaucoup, à l'exemple de Cullen, ont encore désigné la pneumonie sous les noms de *fluxion de poitrine*, expressions vagues, qu'on pourrait appliquer aussi bien à plusieurs autres maladies aiguës dont le thorax est le siége. Mais aujourd'hui les mots de *fluxion de poitrine* n'ont plus cours dans le langage scientifique et ne sont plus guère employés que par les gens du monde. Enfin, beaucoup d'auteurs ayant remarqué que la phlegmasie du parenchyme pulmonaire était presque toujours accompagnée de celle des plèvres ; d'autres, admettant que la pneumonie ne pouvait exister sans un certain degré de pleurésie, ont proposé de désigner la maladie par les mots de *pleuro-pneumonie* ou *pleuro-péripneumonie*. Mais, d'après les remarques de M. le professeur Chomel (1), comme dans la plupart des cas l'inflammation de la plèvre qui accompagne la pneumonie ne détermine pas ou à peine d'épanchement ; comme aussi la pleurésie est généralement très bornée, elle ne constitue qu'une affection secondaire et à peu près de nulle importance, ayant la même marche, les mêmes limites que la pneumonie, et ne formant avec elle qu'une seule et même maladie. Il faut réserver les mots *pleuro-pneumonie*, pour exprimer les cas où la pleurésie, occupant une large surface, s'accompagne d'un épanchement plus ou moins considérable, et constitue alors une véritable complication. Lorsqu'on lit les auteurs des derniers siècles, on trouve souvent dans leurs écrits les mots de *peripneumonia vera*, expressions qui sont synonymes de *pneumonie franche*, *légitime*, ou de *pneumonie proprement dite*. Ils avaient aussi une *peripneumonia notha*, *catarrhalis*, *spuria*, *pituitosa*, expressions inusitées à présent, et qui ne servaient à caractériser aucune maladie bien déterminée ; toutefois, la plupart paraissaient désigner par ces mots certaines formes du catarrhe pulmonaire surtout chez les vieillards.

Dans le cours de cet ouvrage j'emploierai indistinctement, les mots de *pneumonie*, ou de *péripneumonie* pour désigner l'inflam-

(1) *Dictionnaire de méd.* 1re édit., t. XVII, art. Pneumonie.

mation du parenchyme pulmonaire. J'ai déjà dit, dans la *Préface*, le sens que j'attachais aux mots de pneumonie *primitive*, et à ceux de pneumonie *secondaire*, *consécutive* ou *symptomatique*.

On voit par ce qui précède que la pneumonie est une maladie depuis long-temps connue. Souvent indiquée par les auteurs les plus anciens, elle n'a jamais été décrite que très-incomplétement par eux. Privés des méthodes d'exploration que nous possédons depuis un quart de siècle, étrangers aux recherches d'anatomie pathologique, ils avaient nécessairement dû confondre entre elles des maladies différentes : c'est ainsi qu'ils n'avaient pu assigner aucun symptôme particulier pour distinguer sûrement la pneumonie de la pleurésie. Ces deux affections étaient confondues ; elles ne constituaient dans l'esprit des médecins qu'une seule et même maladie ; aussi voit-on les plus illustres d'entre eux, tels que Baillou, Sydenham, etc., parler à peine de la *pneumonie*, tandis que sous le nom de *pleurésie* ils avaient souvent décrit plutôt la phlegmasie des poumons que celle de la plèvre. Les recherches d'anatomie pathologique faites depuis le XVI^e^ siècle, au lieu de diminuer la confusion, l'avaient peut-être même augmentée en fortifiant les médecins dans cette croyance erronée que la pneumonie et la pleurésie n'étaient qu'une seule et même affection. Cependant, les observations de Valsalva et de Morgani (1), celles de Huxham (2) qui tendaient à prouver le contraire, ne modifièrent pas complétement les anciennes doctrines, puisque Portal a pu écrire, au commencement même de ce siècle (3), que la pleurésie n'était qu'une modification de la pneumonie, et que ces deux maladies ayant un siége unique ne devaient pas être distinguées l'une de l'autre.

Aujourd'hui, il serait presque puéril de vouloir prouver combien une pareille opinion était erronée. Grâces aux progrès que l'anatomie pathologique a faits depuis 40 ans, grâces surtout aux nouveaux moyens d'exploration dont la science s'est enrichie, il est possible de distinguer entre elles les différentes maladies aiguës de la poitrine; nous pouvons le plus souvent en marquer le début, en préciser le siége, en suivre le développement et la

(1) Epistol. XX et XXI.

(2) *Essai sur les fièvres*, Paris 1778, p. 217.

(3) *Anatomie méd.*, Paris, 1804. t. V, p. 25. Voir aussi *Mém. de l'Acad. des sciences*, année 1789.

marche progressive, et ces affections, que l'un des plus grands maîtres des XVIIe et XVIIIe siècles (1) regardait comme étant les plus obscures de la médecine, sont presque les plus faciles à reconnaître aujourd'hui. C'est à Laënnec, à son admirable découverte, que nous devons ce merveilleux progrès ; c'est à dater de cette époque aussi, l'une des plus glorieuses de la médecine moderne, que l'on a pu apprécier un peu exactement l'influence des agents thérapeutiques sur la marche et la terminaison de la pneumonie, puisque c'est depuis lors seulement qu'on peut fixer avec quelque précision le diagnostic différentiel de cette maladie.

Je ne veux point citer tous les travaux dont la pneumonie a été l'objet depuis la découverte de l'auscultation ; car en les énumérant, je ne pourrais m'empêcher d'en faire connaître l'esprit et l'importance ; mais devant, dans le cours de cet ouvrage, exposer les résultats qu'ils renferment pour les compléter, les appuyer ou les combattre, j'ai préféré, afin d'éviter des répétitions inutiles, ne point placer ici une notice bibliographique raisonnée. Je ne ferai donc que mentionner en passant les travaux, remarquables à différents titres, qui depuis 20 ans ont été entrepris sur l'histoire et le traitement de la pneumonie, par MM. Andral (2), Bouillaud (3), Chomel (4), Louis (5), Piorry (6), W. Stokes (7), Hourmann et Dechambre (8), etc. Les auteurs que je viens de citer n'ont guère étudié la pneumonie que chez les adultes ou les vieillards ; il importait cependant de savoir exactement si chez les enfants depuis la naissance jusqu'à la puberté, la maladie ne présentait pas quelque modification dans ses symptômes, dans sa forme, dans sa marche, dans ses lésions anatomiques, etc. Plusieurs jeunes médecins français ont entrepris des travaux dans le but de combler cette lacune. Ce fut en 1823 que M. le docteur Léger publia la

(1) Baglivi.

(2) *Clinique médicale*, 4e édit. Paris, 1840, t. III, p. 253.

(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. PNEUMONIE, t. XIII, p. 359.

(4) *Diction. de méd.*, 1re édit. art. PNEUMONIE.

(5) *Fièvre typhoïde. Rech. sur les effets de la saignée.*

(6) *Mém. sur la pneum.-hyp. — De la Percussion. — Séméiologie*, t. II.

(7) *Diseases of the chest.* Dublin, 1837, p. 309.

(8) *Archives de médecine*, t. X et XII, 2e série.

première monographie sur la pneumonie des enfants (1); depuis lors, un grand nombre de travaux furent entrepris sur le même sujet; je citerai en particulier ceux de Billard (2), de MM. Berton (3) et Burnet (4), ceux beaucoup plus importants de Delaberge (5), de MM. Gerhard et Rufz (6), Valleix (7), Rilliet et Barthez (8). Vers la même époque, des travaux semblables ont été publiés en Angleterre et en Allemagne. Ces dernières recherches sur la pathologie de l'enfance ne sont pour la plupart connues que très imparfaitement en France; mais, à en juger par des extraits publiés dans les journaux, on peut se convaincre qu'à part quelques exceptions ils sont loin d'avoir le degré de précision et d'importance que l'on reconnaît à plusieurs des travaux des médecins français que je viens de citer (9).

Comme pour bien saisir l'importance et la cause de plusieurs des symptômes que nous étudierons plus tard, il est nécessaire de connaître exactement les changements que l'inflammation apporte dans la structure des poumons, je dois commencer l'histoire de la pneumonie par l'étude des lésions anatomiques.

(1) *Thèse*, 1823, n° 49.

(2) *Maladies des enfants*. Paris, 1837, p. 545.

(3) *Thèse* de 1828 et *maladies des enfants*. Paris, 1837, in-8°.

(4) *Journ. hebdom.* 1833.

(5) *Journ. hebdom.* 1834.

(6) *Journ. des con. méd. chirur.* 1835. *The american Journ.* 1834. Le mémoire du docteur Gerhard, quoique publié en Amérique, doit être revendiqué comme un travail français; ayant été fait d'après des observations que l'auteur a recueillies à Paris.

(7) *Clinique des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, p. 40.

(8) *Maladies des enfants*. 1re partie PNEUMONIE. Paris, 1838.

(9) *Mémoires de la Société impériale de Wilna*, t. I, p. 118. — *Prax. méd.* vol. II, p. 513. Lipsiæ 1825. Voir surtout Ritscher, *Pneumo infantile* Rust magaz. t. XXXI, p. 115. Liman, *Pneumo infantium*, Berlin, 1820. Succow, *Hufeland journal*. — Savatier *foriep's* notizen, n° 21. t. XIX. Klüge *medic Zeit. herausg* 1835. 4e année, n° 30.—Lorinser, *Maladies des poumons*, Berlin 1823. — Henke, *Maladies des enfants*, Francfort S. M. 1821, t. II, p. 59. — Meissner, *Malad. de l'enfance*, Leipsick, 1828, t. II, p. 250. — J. Chr. g. Jœrg, *Manuel des maladies de l'enfance*, Leipsick, 1836, p. 429 et 451. — Cuming, *Observ. of the perip. of children*. Dublin *Transac.* vol. V, *and med. chir. Review*. vol. XIII, p. 67. — *Medicinische jahrbuch des ester-staates*, vol. XXX, par le docteur Kiwisch de Prague, etc., etc.

# CHAPITRE PREMIER.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'examen cadavérique des individus qui succombent à la pneumonie, nous offre à étudier des altérations diverses, non-seulement dans le parenchyme pulmonaire, mais encore dans plusieurs autres organes.

J'étudierai successivement les caractères anatomiques que l'inflammation des poumons présente à ses différents degrés, et suivant ses terminaisons. Je rechercherai ensuite les lésions des autres viscères qui peuvent être consécutives à la pneumonie, puis j'exposerai les altérations qui caractérisent l'état chronique. Enfin je déterminerai si les caractères anatomiques de l'inflammation pulmonaire diffèrent entre eux, suivant que la maladie a été primitive ou secondaire.

Du côté des poumons, les altérations varient suivant plusieurs circonstances que je tâcherai d'apprécier plus tard, mais surtout d'après la période à laquelle la phlegmasie est parvenue.

Depuis Laënnec, les anatomo-pathologistes ont admis trois degrés dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire : savoir, l'engouement, l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise. J'adopte cette division ; toutefois, l'on verra plus tard qu'il est quelques autres altérations des poumons de nature inflammatoire auxquelles les dénominations précédentes ne conviennent pas.

### Premier degré de la Pneumonie ou Engouement.

Lorsque la pneumonie n'a pas dépassé le premier degré ou la période d'engouement, le poumon présente extérieurement une couleur violacée, livide, ou lie de vin ; il est plus pesant; pressé il crépite à peine; on sent qu'il a perdu presque toute son élasticité, qu'il est devenu plus résistant et plus compacte; si on le comprime avec les doigts, il en conserve souvent l'im-

pression comme le ferait un tissu œdématié. Lorsqu'on divise cette partie du poumon, il s'échappe aussitôt de la surface des incisions une grande quantité d'un liquide séreux, rougeâtre, trouble et spumeux ; la texture de l'organe n'est pas profondément altérée ; il est encore facile de reconnaître l'état spongieux du tissu; celui-ci offre seulement une coloration rouge ou livide plus ou moins foncée, sa consistance est diminuée; on le déchire plus facilement que dans l'état normal, et l'on peut le pénétrer avec les doigts sans employer beaucoup de force. Cette friabilité du tissu avait été donnée autrefois comme pouvant différencier l'engouement inflammatoire de celui qui n'est que passif ou mécanique, et qu'on voit se former dans les parties déclives du poumon, dans les derniers instants de la vie ou même après la mort. Mais de nombreuses observations ont démontré que la friabilité du tissu pulmonaire pouvait être indépendante de tout travail phlegmasique, et qu'elle était souvent le résultat d'une accumulation toute passive des liquides, qui produisent alors une sorte de macération. On a prétendu que, dans les cas où le tissu pulmonaire n'était qu'engoué, il suffisait de le laver, de le malaxer sous un filet d'eau, et de le priver par l'expression de tous les liquides qu'il contenait pour lui rendre sa couleur et sa consistance normales ; tandis qu'en opérant de la même manière sur une portion de poumon qui présente l'engouement inflammatoire, on parvient souvent à diminuer sa coloration morbide, sans faire perdre au tissu sa friabilité. Mais il est reconnu maintenant que cette même friabilité peut persister dans des cas où il n'y a eu qu'un engouement purement mécanique. Je pense donc avec M. Bouillaud (1) qu'il est des circonstances où il est difficile et même impossible de déterminer, d'après la simple inspection cadavérique, si l'engouement qu'on observe est inflammatoire ou simplement mécanique. Il faut alors comparer les lésions anatomiques qu'on trouve, aux symptômes qui ont été observés pendant la vie.

Quoi qu'il en soit, dans cette première période de la maladie le tissu pulmonaire est encore perméable. Mis dans l'eau, il surnage plus ou moins complétement; mais les cellules paraissent être obstruées et leur cavité est plus ou moins rétrécie. MM. Hour-

(1) *Diction. de méd.*, art. PNEUMONIE.

mann et Dechambre ayant, en effet, desséché des tranches de poumon engoué, et les ayant examinées à la loupe, ont trouvé que les cloisons qui circonscrivent les cellules et les lamelles suspendues dans leur aire, étaient pénétrées d'arborisations de plus en plus tenues et multipliées, suivant le degré de la congestion sanguine (1); mais pour peu que cette congestion soit forte, les vaisseaux sont si nombreux et confondus, qu'ils ne laissent entre eux aucun intervalle appréciable. Suivant M. Gluge, le sang ainsi combiné au tissu des poumons subirait divers changements, diverses transformations. Cet auteur a prétendu dans une note adressée à l'Académie des Sciences, que, si on examine les capillaires dans l'engouement inflammatoire des poumons, on ne voit plus le sang rouge, solidifié ou liquide, mais une masse noirâtre, dans laquelle on aperçoit de petits vides, et qui, examinés sous un fort grossissement, se montrent être une agglomération de globules ayant un diamètre de 1/400 ou 1/500 de millimètre. Isolés, ces globules sont parfaitement transparents; mais leur agglomération, qui se fait par l'intermédiaire d'une substance blanchâtre, est à peu près opaque. Il paraît que ces petits corps ne sont autre chose que les globules sanguins réduits à leur noyau, l'enveloppe ayant été détruite par l'effet d'un travail pathologique (2). J'indique ces résultats sans en garantir l'exactitude; mais je les donne afin de provoquer de nouvelles recherches; ayant en effet déjà remarqué combien l'inspection seule était insuffisante pour faire distinguer l'un de l'autre l'engouement inflammatoire et cadavérique, il convient de rechercher si l'examen microscopique ne pourrait pas fournir quelques renseignements utiles.

D'après M. Stokes (3) l'engouement inflammatoire que je viens de décrire ne devrait point constituer le premier degré de la pneumonie, puisque, suivant cet auteur, il serait consécutif à une autre altération. Le médecin de Dublin donne comme marquant la première période du travail inflammatoire des poumons, un état de sécheresse, de dureté du tissu, avec une injection,

(1) *Archives*, 2e série, t. X, p. 271.

(2) *Séance de l'Acad. des Sciences* du 21 novembre 1837.

(3) *Treatise of the diagnostic and treatment of diseases of the chest*, p. 310.

artérielle intense, ce qui lui donne une coloration vermeille éclatante sans aucune effusion de sang dans les cellules. M. Stokes prétend avoir trouvé cet état au voisinage des pneumonies arrivées au premier et au deuxième degré ; il convient d'ailleurs qu'on l'observe rarement, ou qu'il passe inaperçu, étant masqué facilement par les congestions cadavériques. Cependant M. Stokes ne me paraît pas avoir démontré d'une manière rigoureuse que l'engouement inflammatoire fût réellement un état consécutif; pour moi, je n'ai encore rien observé qui justifie son opinion ; je sais bien qu'en théorie elle paraît fondée, car il est rationnel de supposer que le premier degré de Laënnec, caractérisé par un état de sécrétion ou d'exhalation morbide dans les vésicules pulmonaires, a dû être précédé d'une période d'irritation pendant laquelle le tissu simplement congestionné présente au contraire plus de sécheresse que d'habitude. Nous verrons plus tard que cette opinion semble aussi justifiée par l'état symptomatique. Toutefois nous n'avons encore à ce sujet aucune donnée certaine.

Le premier degré ou l'engouement du poumon existe rarement seul ; je ne l'ai vu comme lésion unique, que dans les cas de pneumonies secondaires, survenues à une époque plus ou moins voisine de la mort. Chez tous les malades sans exception qui eurent une pneumonie primitive, l'engouement existait en même temps que une ou plusieurs des altérations qui me restent à décrire.

### Deuxième degré de la Pneumonie, ou hépatisation. — Endurcissement, Ramollissement rouges.

Lorsque la pneumonie a passé au deuxième degré, le tissu du poumon est dur; il résiste comme le ferait le foie ; il ne crépite plus quand on le comprime; il est en effet absolument imperméable à l'air; si on met une portion ainsi indurée dans un vase rempli d'eau, elle se précipite aussitôt au fond du liquide. En général, le poumon est moins livide qu'au premier degré ; et il offre le plus souvent à l'extérieur une couleur rouge plus ou moins foncée. Si on l'incise on retrouve la même couleur à l'intérieur, tantôt assez uniforme, mais dans la plupart des cas irrégulière, inégale, nuancée différemment, de manière à imiter l'aspect de certains marbres ou granits. Sur cette surface

on voit encore se dessiner les tuyaux bronchiques, les vaisseaux sanguins, la matière noire pulmonaire, enfin les cloisons celluleuses qui séparent les lobules entre eux. En général, il ne s'échappe pas beaucoup de liquide de la surface des incisions; celui qui s'écoule n'est point aéré, il est rougeâtre, plus épais et plus trouble que celui que nous avons vu dans la période d'engouement. Ce liquide est parfois mêlé à une matière plus épaisse, blanchâtre, d'aspect puriforme, ce qui indique que la pneumonie commence à passer au troisième degré.

Le caractère anatomique le plus important est fourni par l'aspect des surfaces incisées. Celles-ci sont en effet hérissées d'une multitude de granulations rouges, ou rougeâtres, de forme obronde et légèrement aplatie. Cette disposition granulée est bien plus apparente lorsqu'au lieu de diviser les parties avec l'instrument tranchant, on les déchire. Ces corps arrondis ne sont assurément rien autre que les vésicules pulmonaires transformées en corps solides par l'épaississement des parois et l'oblitération de leurs cavités. La couleur qu'a le poumon dans le deuxième degré de la pneumonie, la dureté, la pesanteur qu'il acquiert, l'aspect granulé de sa surface lui donnent beaucoup de ressemblance avec le tissu du foie. Aussi les médecins désignent généralement cet état du poumon par le mot *d'hépatisation rouge :* quelques-uns ont proposé celui de *carnification;* mais c'est une expression impropre et qu'il convient de réserver à une autre forme d'induration pulmonaire dont je parlerai plus tard. Cette comparaison qu'on a faite entre le tissu du foie et celui du poumon enflammé au deuxième degré est parfaitement juste, et elle s'est présentée à l'esprit des médecins dès qu'ils ont commencé à faire de l'anatomie pathologique. Cependant M. le professeur Andral paraît blâmer le mot *hépatisation;* il préfère appeler le deuxième degré de la pneumonie *ramollissement rouge* (1), parce qu'en effet le parenchyme pulmonaire, quoique plus dur, est néanmoins devenu plus friable; il se déchire facilement et se laisse pénétrer par le doigt sans efforts. C'est ce que n'exprime pas le mot *hépatisation*, qui emporte avec lui l'idée de propriétés physiques toutes différentes. Ces objections sont fondées ; ce-

(1) *Clinique*, 4e édit. t. I, p. 460.

pendant je crois qu'on doit encore préférer le mot hépatisation à tous les autres, parce qu'il donne à l'esprit une image plus complète et plus exacte des nouvelles propriétés du tissu malade que ne le font les mots *endurcissement* ou *ramollissement*, qui n'emportent avec eux que l'idée d'une seule propriété.

Le volume paraît être augmenté dans l'hépatisation rouge, ainsi que dans le 3e degré que je décrirai bientôt. Toutefois, Laënnec (1) et M. Andral pensent que cette augmentation de volume n'est qu'apparente; elle dépend, suivant ces auteurs, de ce que le poumon privé d'air ne s'affaisse plus comme cela arrive à celui qui est sain au moment où l'on ouvre la poitrine. Broussais, au contraire, et plusieurs de ses élèves, ont cité des cas où les poumons hépatisés avaient tellement augmenté de volume que l'impression des côtes était marquée à leur surface (2). Laënnec a mis en doute l'exactitude de ces faits. Suivant lui, il est impossible que, dans une conformation régulière du thorax, le poumon hépatisé porte l'empreinte de la pression des côtes, car il prétend qu'à la face interne de la poitrine ces os sont absolument sur le même plan que les muscles intercostaux, et ces derniers, par leur contraction ayant une résistance à peu près égale à celle des côtes, celles-ci ne peuvent en aucun cas faire saillie à l'intérieur.

Je ne crois pas qu'on doive rejeter même la possibilité de l'impression des côtes sur la surface des poumons hépatisés. Des auteurs graves en citent des exemples; ainsi J. P. Frank (3), Rasori (4), Pinel et M. Bricheteau disent l'avoir constaté plusieurs fois (5). M. le docteur Scoutteten a également rapporté (6) l'observation d'un individu qui, ayant succombé à une pneumonie droite, présenta à l'autopsie, sur la partie hépatisée, l'empreinte de six côtes; la partie qui était en rapport avec ces arcs osseux était un peu déprimée, la plèvre correspondante semblait plus épaisse, les intervalles étaient bombés, rouges, fortement injectés.

(1) *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 492, 4e édit.

(2) *Examen des doctrines*, t. II, p. 718.

(3) *Epitome*, p. 130.

(4) *Théorie de la phlogose*, trad. de l'it., par S. Pirondi. Paris, 1839, t. II, p. 85.

(5) *Diction. des scien. méd.*, t. XLIII, p. 429.

(6) *Jour. gén.*, t. LXXV, p. 69.

M. Laurence a cité un cas semblable (1), et M. Sestier a vu la même disposition sur deux poumons de nouveau-nés (2). Il faut reconnaître pourtant que des faits pareils sont extrêmement rares, et qu'il y a certaines dispositions des parties qui peuvent en imposer. C'est ainsi qu'il y a sept ans en ouvrant la poitrine d'un individu qui avait succombé à une pneumonie, je trouvai l'impression de quatre côtes sur la surface de la portion hépatisée. Cependant en explorant plus attentivement il fut facile de se convaincre que les côtes n'avaient point agi *sur le poumon lui-même;* mais un épanchement albumineux de plus de cinq millimètres s'étant formé au niveau des parties malades, les côtes s'étaient imprimées *seulement sur cette substance molle* comme sur de l'argile. Ainsi ce fait, qu'on aurait pu prendre comme exemple d'impression des côtes sur le poumon, s'il eût été observé légèrement, ne prouve autre chose sinon que l'opinion de Laënnec, qui consiste à dire que les côtes ne font aucune saillie à l'intérieur de la poitrine et à regarder les muscles intercostaux comme capables de résister autant que ces arcs osseux, n'est nullement fondée, ou du moins Laënnec l'a beaucoup trop généralisée.

Il est encore une autre cause d'erreur qui peut faire croire à l'impression des côtes sur un poumon hépatisé. Dans les cas en effet où le poumon adhérant de toutes parts par des adhérences anciennes, on l'arrache en même temps que les deux feuillets de la plèvre qui sont confondus, on voit quelquefois à la surface de l'organe, des saillies et des enfoncements correspondants aux espaces intercostaux et aux côtes. Mais si on détache la plèvre du poumon, on trouve à celui-ci une surface unie; les inégalités étaient donc extérieures et dépendaient uniquement de la plèvre. J'ai observé un fait semblable, et M. le docteur Woillez en a rapporté un dans son ouvrage (3). J'admets donc que dans le cas d'hépatisation rouge le poumon est augmenté de volume, ce qui d'ailleurs est conforme avec ce qu'on voit pour tous les autres organes frappés d'inflammation phlegmoneuse. Dans le chapitre consacré à la

(1) L'*Expérience*, 1840.

(2) *Leçons de cliniq.*, t. III, p. 15.

(3) *Rech. prat. sur l'inspection et la mensur. de la poitrine*, p. 387.

symptomatologie, je rapporterai quelques faits favorables à cette opinion. S'il est si rare de voir l'impression des côtes sur le poumon induré, cela ne tiendrait-il pas à la mobilité des parois de la poitrine, aux changements fréquents dans le rapport des surfaces pendant l'inspiration et l'expiration. D'ailleurs, il faut encore observer que l'augmentation de volume que le poumon subit n'est pas très considérable; en outre, la poitrine renfermant des parties molles, plus dépressibles que les parois thoraciques, on conçoit que l'ampliation du poumon se fasse plutôt aux dépens des premières que des secondes.

J'ai déjà dit que le poumon hépatisé devenait beaucoup plus lourd; cette augmentation de poids est quelquefois très considérable, car l'organe qui, à l'état sain, ne pèse dit-on que 220 à 250 grammes, peut, lorsqu'il est hépatisé, peser 2000 grammes (1). J'ai vu, dans un cas, ce poids s'élever même jusqu'à 2500 grammes. On dit que Fréd. Hoffmann a vu un fait semblable; mais pour que cela ait lieu, il faut que l'hépatisation occupe à peu près la totalité du poumon.

L'hépatisation ne se présente pas toujours avec les caractères que je viens d'indiquer; ainsi, il paraît que dans le jeune âge la coupe du tissu pulmonaire hépatisé ne présente pas l'aspect granulé que nous avons vu exister constamment chez l'adulte; ainsi, M. Valleix rapporte (2) que chez les enfants nouveau-nés morts de pneumonie, le poumon induré étant incisé ne présentait aucune granulation; sa coupe était lisse, nette, luisante et avait l'aspect d'un morceau de marbre poli. Lorsque le tissu était ramolli, elle était un peu moins nette, mais elle conservait ses autres caractères. M. Valleix n'a déchiré qu'une fois le poumon dans le but de rechercher si les granulations seraient plus apparentes, elles ont encore complétement manqué; d'où l'auteur conclut que dans l'hépatisation des nouveau-nés les granulations ne se montrent ni par la déchirure ni par la coupe du tissu malade. Il est à regretter que l'habile observateur que je viens de citer n'ait pas examiné plus souvent par déchirure le poumon induré; il résulte en effet des recherches de MM. Rilliet

(1) *Diction. des scien. méd.*, t. XLIII, p. 426.

(2) *Clinique des enfants nouv. nés.* Paris, 1838, p. 49.

et Barthez, faites il est vrai sur des enfants un peu plus âgés, que lors même que le tissu hépatisé serait uni à la coupe, il n'en serait pas moins toujours grenu à la déchirure (1).

Chez les vieillards l'hépatisation rouge ne diffère pas notablement de ce que nous l'avons vue chez l'adulte; chez le premier pourtant les granulations paraissent parfois plus volumineuses, ce qui tient sans doute à l'ampleur plus considérable des vésicules pulmonaires à cet âge. MM. Hourmann et Dechambre (2) ont dit aussi que chez les vieillards le tissu hépatisé offrait plus de résistance que chez l'adulte, et que plongé dans l'eau il gagnait rarement le fond du vase. Il résulterait de là que chez les vieillards les poumons seraient rarement aussi complétement imperméables que dans les âges précédents; assertion dont l'exactitude ne me semble pas encore parfaitement démontrée. Les auteurs dont je parle ont également distingué deux formes anatomiques d'hépatisation. Dans l'une le parenchyme compacte n'offre aucune granulation ni à la coupe ni à la déchirure; dans l'autre, l'aspect granulé est extrêmement prononcé. MM. Hourmann et Dechambre rapportent qu'ayant examiné attentivement la structure de l'hépatisation, sur 88 sujets, 18 fois ils ne purent constater la présence des granulations, tandis que les 70 restants offraient l'engorgement granulé au plus haut point de développement; de sorte que d'après ces auteurs l'hépatisation avec granulations serait à l'hépatisation plane dans le rapport à peu près de quatre à un. Il paraît donc résulter des faits qui précèdent, qu'aux deux extrêmes de la vie, l'aspect granulé propre aux surfaces hépatisées manque fréquemment, tandis que ce caractère est à peu près constant chez l'adulte.

On a dit encore que chez quelques vieillards l'hépatisation pouvait se présenter avec des caractères particuliers. Au lieu d'offrir à l'incision l'aspect granulé que j'ai décrit et qui le fait ressembler au tissu du foie, on trouve à l'intérieur des vacuoles d'inégale grandeur qui donnent à cette portion du poumon l'aspect d'un tissu caverneux. Au centre des parties engouées ou hépatisées on dit aussi avoir trouvé des agrégations de vésicules dilatées et décolorées (1). On explique l'altération pré-

(1) *Pneumonie des enfants*, p. 28.

(2) *Archives*, 2e série, t. X, p. 275.

(3) *Thèse* de Reynaud, 1829.

cédente en disant que l'inflammation a envahi une portion de poumon frappée d'emphysème. Je n'ai jusqu'à présent rien trouvé de semblable ; par conséquent je ne puis donner aucune opinion motivée sur la nature de la lésion dont je viens de parler; je dirai pourtant qu'il est possible que dans quelques cas l'aspect aréolaire que présente, chez quelques vieillards, la coupe d'un poumon hépatisé, dépende bien moins d'un emphysème vésiculaire que de la raréfaction que le tissu pulmonaire a subie à cette époque de la vie, raréfaction telle que le parenchyme de l'organe, coupé par tranches minces, présente à l'œil nu une espèce de trame criblée de trous, ce qui lui donne une certaine ressemblance avec de la dentelle.

Lorsque la pneumonie envahit un poumon ou une portion de poumon comprimé depuis longtemps par un épanchement pleurétique, l'hépatisation se montre avec des caractères particuliers que Laënnec avait parfaitement saisis et que j'ai également rencontrés deux fois. Deux malades ayant, l'un un ancien épanchement pleurétique et une affection organique du cœur, l'autre une maladie de Bright avec de la sérosité accumulée dans les deux côtés de la poitrine, furent pris de tous les symptômes d'une pneumonie à laquelle ils succombèrent rapidement. A l'autopsie je trouvai le lobe inférieur de l'un des poumons d'un rouge bleuâtre ou vineux, dur, lourd, complétement imperméable, laissant écouler à l'incision une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent non aéré ; son tissu était rouge, dense et il fallait employer une pression assez forte pour le traverser avec le doigt. Examiné à l'œil nu ou à l'aide d'une forte loupe on ne pouvait y distinguer aucune granulation. Ce tissu très humide semblait être homogène. C'est cet état qu'on a proposé d'appeler *carnification*; lésion qui, comme nous le verrons plus tard, peut caractériser aussi bien une pneumonie aiguë qu'une pneumonie chronique. Dans les cas dont je parle actuellement on conçoit à la rigueur l'absence des granulations. En effet, par suite de la compression que l'épanchement pleurétique a exercée sur le poumon, les vésicules ont été aplaties, déformées, quelques-unes étaient peut-être oblitérées, enfin le poumon vide d'air était plus ou moins semblable à celui d'un fœtus qui n'a pas encore respiré. On conçoit que dans des cas pareils l'inflammation ne puisse rendre saillantes des vési-

cules qui sont affaissées depuis longtemps. Il paraît que la *carnification* peut aussi se développer primitivement sans qu'aucun épanchement existe préalablement dans la poitrine; toutefois je n'en ai encore rencontré aucun exemple.

Il est une autre altération du poumon que les uns ont rangée dans le premier degré de la pneumonie; que d'autres, à l'exemple de M. Chomel, considèrent avec plus de raison comme une forme du deuxième : c'est la *splénisation*, ainsi nommée parce que le tissu malade offre alors la plus grande ressemblance avec le parenchyme de la rate. Dans la splénisation le poumon est d'un rouge vineux; il est flasque, le doigt le pénètre avec la plus grande facilité; mis dans l'eau, il gagne le plus souvent le fond du vase; quelquefois il ne s'enfonce qu'à une petite profondeur; si on l'incise, on voit s'écouler une grande quantité d'un fluide rougeâtre ou vineux peu ou point aéré. Coupé ou déchiré, ce tissu n'offre point le plus ordinairement de granulations; cependant il m'a semblé parfois en apercevoir quelques-unes, mais d'une manière trop peu distincte pour que j'ose l'affirmer. Je regarde cette lésion du poumon comme le résultat d'une inflammation et comme indiquant que celle-ci est arrivée au deuxième degré. Ainsi, j'ai recueilli l'histoire de six individus qui, ayant succombé avec les symptômes d'une pneumonie aiguë et les signes physiques propres au deuxième degré, je ne trouvai à l'autopsie, pour expliquer ce phénomène, que l'altération que je viens de décrire sous le titre de *splénisation*. Celle-ci existe, d'ailleurs, quelquefois en même temps que l'hépatisation ordinaire. C'est ainsi que j'ai vu tout le poumon droit hépatisé, à l'exception de sa partie moyenne, où, vers la racine des bronches, je trouvai, dans une étendue de sept à huit centimètres, une splénisation très remarquable.

Les faits qui précèdent ont dû me faire regarder la splénisation comme étant une lésion de nature inflammatoire et comme caractérisant le passage d'une pneumonie au deuxième degré.

La splénisation diffère encore de l'hépatisation ordinaire par la tendance qu'elle a à rester stationnaire et à passer plus lentement au degré d'infiltration purulente, que je vais décrire. En effet, sur dix individus qui présentèrent à l'autopsie l'altération

dont je parle, je vis une fois seulement le pus disséminé dans plusieurs points de l'organe, bien que chez la plupart la maladie datât déjà de 8 ou 15 jours.

**Troisième degré de la Pneumonie, ou hépatisation grise, Ramollissement gris, Induration grise, Infiltration purulente.**

Dans le troisième degré de la pneumonie, le poumon conserve la dureté, l'imperméabilité, l'état granulé qu'il avait dans le degré précédent. Mais la couleur rouge ou violacée a été remplacée peu à peu par une couleur grise ou jaunâtre. Celle-ci commence par des points jaunes, disséminés çà et là, qui se multiplient de plus en plus et se réunissent enfin ; de sorte que toute cette portion du poumon présente bientôt une couleur jaune-paille uniforme. Ces points sont dus à la présence du pus qui infiltre l'organe. Lorsqu'on incise celui-ci, on voit suinter à sa surface une matière opaque d'une odeur fade et qui a tous les caractères physiques du pus. Le tissu pulmonaire est plus friable que dans le deuxième degré; il suffit souvent d'une pression très faible pour le réduire en une pulpe grisâtre ou en grumeaux humides.

Tel est l'état du poumon quand l'inflammation est arrivée au troisième degré. Cette description est exacte pour la presque totalité des cas ; elle est également juste pour les enfans, les adultes ou les vieillards. Cependant MM. Hourmann et Dechambre ont fait, à propos de la suppuration du poumon et relativement à l'aspect que présente le parenchyme de l'organe, la même distinction que j'ai déjà signalée dans l'engorgement purement sanguin. Ainsi, suivant ces auteurs, le poumon en suppuration présenterait à l'incision ou à la déchirure, tantôt une surface plane et unie, tantôt des granulations plus ou moins saillantes (1) ; c'est là un fait incontestable, mais dont le degré de fréquence relative n'est peut-être pas encore suffisamment établi.

Les divers points du poumon qu'on trouve affectés à l'autopsie des individus qui succombent, n'ayant été généralement envahis que successivement, ou bien l'inflammation ayant suivi dans chacun d'eux une marche inégale, il s'ensuit que fréquemment on voit réunis deux et parfois même les trois degrés qui

(1) *Archives*, 2e série, t. X, p. 274.

viennent d'être décrits. Si alors on incise le poumon dans toute sa longueur, on trouve plusieurs colorations, plusieurs aspects différens, suivant la période à laquelle la phlegmasie est parvenue dans chacun de ces points. Voici d'ailleurs les altérations pulmonaires qui furent observées sur quarante individus chez lesquels la maladie eut une issue funeste.

| | |
|---|---|
| 1er et 2e degrés réunis chez . . . . . | 4 |
| 1er et 3e degrés réunis chez . . . . . | 3 |
| 2e et 3e degrés réunis chez . . . . . | 16 |
| Les 3 degrés réunis chez. . . . . . . | 2 |
| 2e degré seul chez. . . . . . . . | 7 |
| 3e degré seul chez. . . . . . . . | 8 |

Comme je l'ai déjà dit, je n'ai jamais vu le premier degré, ou l'engouement exister seul comme unique lésion d'une inflammation pulmonaire *primitive*. Quelque courte qu'ait été la durée de la maladie, constamment j'ai trouvé, en même temps que le premier degré, une hépatisation rouge ou grise dans une étendue plus ou moins considérable. On conçoit pourtant qu'on pourrait bien ne rencontrer que de l'engouement inflammatoire, si, contrairement à ce qu'on voit communément, l'inflammation envahissant à la fois la plus grande partie des deux poumons, emportait les malades en quelques heures, ou bien si ceux-ci périssaient victimes d'une maladie intercurrente qui n'aurait pas laissé le temps à la pneumonie de franchir le premier degré.

Tantôt chacun des degrés existe séparément et parfaitement distinct, d'autres fois deux degrés sont réunis, ou bien on observe dans des points intermédiaires le passage d'un degré à un autre plus avancé. C'est ainsi que, si dans une partie engouée on trouve çà et là quelques points plus résistans, plus friables, au niveau desquels se dessinent des granulations, on reconnaîtra que la pneumonie commence à passer du premier au deuxième degré. De même, si dans un lobe frappé d'hépatisation rouge, on rencontre des points jaunâtres opaques irrégulièrement disséminés, on peut annoncer que le troisième degré commence. C'est surtout alors, dit Laënnec (1), que le poumon, à raison

(1) *De l'Auscultation*, t. I, p. 500, 4e édition.

du mélange de ces deux couleurs et des stries formées par la matière noire pulmonaire, offre tout-à-fait l'aspect de certains granits.

Il n'est pas rare de rencontrer autour des parties malades un engouement ou une sorte d'état œdémateux, analogue à celui qu'on voit si souvent à l'extérieur, dans le voisinage des phlegmons. Lorsqu'il survient dans les parties déclives, il est impossible de faire la part qui revient pour sa production à l'inflammation et au décubitus; mais chez trois individus qui succombèrent avec une hépatisation du lobe supérieur, l'altération n'avait pas encore envahi le sommet de ce lobe dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, et néanmoins cette partie de l'organe était pénétrée de sérosité, elle conservait l'impression du doigt quand on la comprimait extérieurement; le tissu n'était pas friable, il n'y avait ici qu'un engouement indépendant de la position du cadavre, puisqu'il occupait le point le plus élevé du poumon vers sa face antérieure. Il était symptomatique de l'inflammation voisine, qui avait produit cet effet, probablement par suite d'une gêne apportée à la circulation veineuse.

Les lésions inflammatoires du poumon occupaient une étendue plus ou moins considérable; quinze fois elles étaient bornées au lobe supérieur ou inférieur. La scissure qui les sépare isolait les parties saines des parties malades. Dans tous les autres cas, l'altération s'étendait au-delà; mais, même alors, il semblait que la scissure interlobaire avait eu pour effet de retarder la marche de la maladie; car si on excepte trois individus, on trouvait que chez tous les autres où la pneumonie envahissait à la fois les lobes inférieur et supérieur, l'inflammation était arrivée à des périodes différentes dans chacune de ces parties, et la scissure était le point qui marquait la transition d'un degré à un autre.

Il n'est pas rare de voir un poumon entier en état d'hépatisation rouge et grise: quatre des individus qui ont succombé étaient dans ce cas. Toutefois, chez deux le bord antérieur de l'organe, dans toute sa longueur et dans une étendue transversale de trois à quatre centimètres, était encore souple et crépitant. Ce point est en effet la partie du poumon qui est le plus rarement envahie par le travail inflammatoire, comme je l'éta-

blirai plus tard. Chez deux des individus dont un poumon était ainsi hépatisé, presque dans sa totalité on trouvait encore le lobe inférieur du poumon opposé frappé de pneumonie au premier et au deuxième degré, de sorte que dans les derniers temps de la vie il n'y avait guère que le quart des poumons qui fût encore intact et qui pût servir aux besoins de la respiration. Il paraît que c'est chez les enfans et les vieillards surtout qu'on observe le plus souvent des pneumonies aussi étendues. Si en effet on consulte l'ouvrage de M. Valleix (1), on voit que cet habile observateur a fréquemment rencontré chez les nouveau-nés les deux poumons presque entièrement affectés ; neuf fois sur quinze, la phlegmasie occupait une étendue considérable; et dans cinq cas, il y avait à peine le cinquième des poumons qui fût encore perméable à l'air.

D'après cela, on ne saurait plus admettre avec Billard que chez les enfans la pneumonie est *ordinairement circonscrite* (2). D'ailleurs, les faits réunis par ce médecin semblent prouver le contraire, puisque sur les quatre cas qu'il a rapportés on ne trouve qu'un seul exemple de pneumonie circonscrite. Dans les trois autres on voit, soit un poumon, soit la moitié postérieure, soit un lobe entier être complétement hépatisé. Ce que je viens de dire pour les enfans à la mamelle s'applique aussi jusqu'à un certain point aux vieillards chez lesquels il n'est pas rare de voir tout un poumon frappé d'hépatisation grise, tandis que la moitié du poumon opposé présente une inflammation au premier ou au deuxième degré.

Chez d'autres sujets, au contraire, qui ont succombé à la pneumonie, l'altération est limitée à un point plus ou moins circonscrit. Deux fois elle occupait à peine la cinquième ou la sixième partie d'un des poumons; elle ne dépassait pas le deuxième degré. L'altération semblait être insuffisante pour expliquer la mort des individus.

Je n'ai jamais trouvé l'hépatisation siégeant exclusivement au centre d'un lobe. Cependant dans deux cas l'altération n'arrivait pas tout-à-fait à la surface, car les parties malades étaient encore recouvertes par une lame de tissu pulmonaire sain ayant de 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Il est de même in-

(1) *Cliniq. des nouv. nés*, p. 66.

(2) *Traité des mal. des enfans nouveau-nés*, p. 513. Paris, 1838.

finiment rare de voir l'hépatisation n'envahir sur une certaine surface que l'écorce du poumon, si je puis parler ainsi. Toutefois, dans un cas j'ai trouvé cette disposition dans l'étendue de douze à quinze centimètres, ce qui expliquait certains phénomènes que nous avions perçus pendant la vie, et que j'indiquerai plus tard.

Les lésions pulmonaires au lieu d'exister uniformément sur une grande surface, n'occupent souvent qu'un ou plusieurs lobules isolés, et alors elles se rencontrent disséminées en plus ou moins grand nombre sur toute l'étendue de l'un des poumons, et quelquefois des deux organes à la fois. C'est cette forme de la pneumonie que les auteurs ont décrite sous les noms de *mamelonnée*, *partielle*, *disséminée* ou *lobulaire*.

Elle est caractérisée extérieurement par des taches rouges ou violacées, le plus souvent circulaires ou hémisphériques, parfois allongées, en général bien circonscrites, disséminées sur une étendue plus ou moins considérable, et formant un peu de relief à la surface des poumons. Si on les touche elles résistent comme une portion de poumon hépatisée; elles ont conservé leur volume lors de l'ouverture de la poitrine, et ne se sont pas affaissées comme le tissu pulmonaire qui les environne. Ces taches peuvent se montrer indistinctement dans tous les points du poumon, mais on les rencontre préférablement vers le bord postérieur de l'organe. Si la pneumonie lobulaire occupe des parties plus ou moins profondes, le poumon n'offre plus de taches à sa surface et paraît tout à fait sain; mais il suffit de la presser entre les doigts pour sentir qu'il existe dans son tissu des noyaux d'induration. Si on incise le poumon, on trouve que les taches et que les points indurés situés à la superficie ou profondément, sont formés par un tissu pulmonaire hépatisé, c'est-à-dire rouge, friable, imperméable, gagnant le fond du vase quand on le met dans l'eau, et grenu à la déchirure. Ces caractères de l'hépatisation sont généralement plus tranchés au centre du noyau d'induration qu'à la périphérie. Dans le premier en effet le tissu est plus friable, d'un rouge plus obscur; le liquide qui s'en échappe par la pression est sanieux, non aéré. Dans les parties les plus extérieures, au contraire, le liquide est plus ou moins aéré, et le tissu même crépite parfois encore un peu. Plongé dans l'eau, souvent il surnage en partie ou ne gagne que

lentement le fond du vase. Ces noyaux d'induration ont un volume qui varie entre celui d'un grain de chenevis et celui d'un œuf de pigeon, mais la plupart sont gros comme une aveline ou tout au plus comme une petite noix. En nombre variable, il est rare de n'en trouver que un ou deux : communément il y en a douze ou quinze, et parfois il y en a plus de trente. Le relief qu'ils forment, ainsi que leur coloration tranchent parfaitement sur ceux du tissu qui les entoure, quand même celui-ci serait engoué. MM. Rilliet et Barthez ont constaté, sur une douzaine de noyaux d'hépatisation trouvés sur un même individu, que leur limite ou leur circonscription était établie par un cercle ou plutôt par une sphère blanche résistante d'un demi-millimètre environ d'épaisseur et d'un aspect fibreux (1). C'était une fausse membrane dont l'organisation est très rapide dans les poumons, et que j'ai également rencontrée sur deux ou trois noyaux de pneumonie disséminée.

Cependant dans quelques cas l'altération pulmonaire, moins bien circonscrite que précédemment, se confond insensiblement par son pourtour avec les parties voisines, sans qu'il y ait entre elles et les points malades aucune limite bien distincte ni en couleur ni en saillie. Dans ces cas la forme de l'engorgement offre souvent moins de régularité que précédemment, et son volume est parfois un peu plus considérable. MM. Rilliet et Barthez se sont autorisés de ces légères différences pour admettre deux formes de pneumonie lobulaire : l'une parfaitement circonscrite à laquelle il faut rapporter tout ce que j'ai dit précédemment, ils l'appellent *mamelonnée;* l'autre mal circonscrite, ils la nomment *partielle.* La première reste concentrée dans les lobules qu'elle a primitivement envahis ; l'autre au contraire tend à s'étendre. Il résulte de là, que cette dernière forme offre une masse plus considérable que la première, et souvent aussi on trouve que l'inflammation y est arrivée à des degrés différens. Cette pneumonie partielle tend à se généraliser et à devenir lobaire, soit par l'extension successive de l'engorgement ou bien parce que plusieurs noyaux convergeant les uns vers les autres, finissent par se réunir et ne forment plus qu'une masse solide, plus ou moins considérable. Il est parfois facile alors, lorsqu'on incise cette portion de poumon, de déterminer si la pneumonie

(1) *Loc. cit.* p. 25.

est *lobaire* ou bien *partielle généralisée*, d'après les dispositions qu'affectent dans l'un et dans l'autre les différens degrés de l'inflammation. Dans la pneumonie *lobaire*, lorsque l'inflammation a marché de bas en haut, on trouve par exemple que si dans les parties inférieures la maladie est arrivée au deuxième ou au troisième degré, dans les points situés au-dessus qui ont été envahis les derniers, on ne retrouve que l'altération caractéristique du premier degré. Au contraire, dans la pneumonie *lobulaire ou partielle généralisée*, dans laquelle plusieurs lobules enflammés ont fini par se réunir, les degrés caractérisant l'inflammation ne sont plus disposés aussi régulièrement; ils sont entremêlés, ou bien l'altération est plus avancée vers la périphérie qu'au centre, qui a été le point envahi le dernier. Mais la distinction n'est possible qu'autant que, dans la portion du poumon malade, on trouve réunis les trois degrés, ou au moins deux des degrés de l'inflammation. Dans les cas où la pneumonie partielle, en se généralisant, reste partout à l'état d'hépatisation rouge, il est impossible de la distinguer de la pneumonie lobaire par la seule inspection anatomique.

Dans la description que j'ai donnée précédemment de la pneumonie lobulaire proprement dite ou mamelonnée, j'ai supposé que la phlegmasie était arrivée au degré d'hépatisation rouge. En effet, lorsqu'on rencontre sur le cadavre cette forme de la pneumonie, on trouve généralement que, dans tous les noyaux, l'inflammation n'a pas dépassé le second degré. Cependant, dans quelques points, on peut parfois ne trouver qu'un simple engouement. Dans ce cas, on voit des portions de poumon très circonscrites, rouges ou violacées, se laisser pénétrer facilement par le doigt; elles fournissent à l'incision ou à la pression un liquide rougeâtre et aéré; elles crépitent encore et surnagent quand on les met dans l'eau. Dans quelques cas, on trouve les noyaux indurés passés à l'état d'hépatisation grise; parfois même le pus est réuni dans une cavité unique, et forme un véritable abcès. MM. Rilliet et Barthez ont averti les anatomo-pathologistes que, si on n'y prenait garde, on pourrait facilement méconnaître la pneumonie lobulaire au troisième degré. Lorsque, en effet, les points enflammés sont d'un petit volume, et ont passé en entier du deuxième au troisième degré, le tissu est devenu grisâtre, et présente à peu près le

même aspect que les parties environnantes. Mais, en examinant attentivement la coupe du poumon, on trouve que quelques lobules sont saillans, que les vésicules n'y sont pas affaissées, comme dans les parties environnantes; enfin en pressant sur ces lobules, on amène un liquide purulent, et on constate les autres caractères déjà donnés.

La pneumonie lobulaire est tellement fréquente dans l'enfance que quelques auteurs l'ont regardée comme étant spéciale à cet âge. Ainsi M. le docteur Burnet a avancé qu'on ne l'observait guère que dans les dix premières années de la vie (1). Cependant, on la rencontre quelquefois chez l'adulte et même chez le vieillard. C'est ainsi que deux malades qui succombèrent à la pneumonie nous présentèrent à l'autopsie, indépendamment d'une hépatisation grise des trois quarts inférieurs du poumon droit, plusieurs noyaux de pneumonie lobulaire disséminés dans le lobe inférieur du poumon opposé. La pneumonie lobulaire qu'on observe chez l'adulte ou le vieillard est rarement primitive. Dans la plupart des cas, au contraire, elle survient consécutivement à une autre maladie aiguë ou chronique.

Toutes les périodes de l'enfance ne semblent pas également prédisposer à la pneumonie lobulaire : ainsi, M. le docteur Valleix a trouvé que chez le nouveau-né l'hépatisation n'avait affecté cette forme que sur le quart des sujets seulement (2), tandis que sur cinquante-deux autopsies faites par Delaberge, d'enfans plus âgés, ce médecin constata vingt fois l'existence de pneumonies lobulaires franches ou accompagnées de l'inflammation de tout un lobe (3); il résulte aussi du tableau publié par MM. Rilliet et Barthez, que de 18 mois à 5 ans, les pneumonies les plus communes sont celles qui sont lobulaires, simples ou généralisées. Passé ce dernier âge, au contraire, cette forme de l'inflammation pulmonaire est plus rare, et elle le devient d'autant plus que les individus avancent davantage dans la vie (4).

Les auteurs, pour expliquer la prédominance de la pneumo-

(1) *Jour. hebdom.*, t. XX, p. 208.
(2) *Clin. des nouv. nés*, p. 68.
(3) *Journ. hebdom.*, t. XXIV, p. 16.
(4) *Loc. cit.*, p. 228.

nie lobulaire dans le jeune âge, ont invoqué plusieurs ordres de causes; ainsi, Delaberge disait dans son excellent travail que la densité plus grande du tissu pulmonaire dans l'enfance, produite par le plus grand nombre de vésicules, expliquait la fréquence de la pneumonie lobulaire, attendu que plus la circulation capillaire est active dans un tissu, plus l'hyperémie y est fréquente, et les engorgemens sanguins d'une résolution difficile (1). Il est inutile de faire remarquer combien cette explication est peu satisfaisante puisqu'elle ne s'appuie que sur des assertions dont il eût fallu avant tout prouver l'exactitude. D'autres ont dit avec Williams (2), que la division des poumons en lobules était plus évidente chez les enfans et les jeunes animaux que dans les âges suivans, et que c'était à cette différence d'organisation que tenait la fréquence de la pneumonie lobulaire chez les jeunes sujets. Enfin, la plupart des auteurs ont cherché à établir que la pneumonie lobulaire était consécutive à la bronchite capillaire, et ils ont expliqué la formation des noyaux indurés par la propagation de l'inflammation : en effet, les dernières ramifications bronchiques étant indépendantes les unes des autres, on comprend assez bien que l'inflammation puisse se propager par lobules isolés. Mais il ne faut pas trop généraliser cette idée, et croire que toutes les pneumonies lobulaires des enfans sont consécutives à la bronchite capillaire; car, comme je le dirai bientôt, l'anatomie pathologique ne nous permet pas de constater d'une manière toujours positive l'existence de l'inflammation des dernières ramifications bronchiques.

A côté de la pneumonie lobulaire je dois classer une autre forme de la maladie que M. le professeur Andral a décrite pour la première fois, sous le nom de *Pneumonie vésiculaire* (3), et qui consisterait dans l'inflammation de quelques vésicules seulement. On la reconnaîtrait à des granulations rouges, disséminées en plus ou moins grand nombre dans un tissu pulmonaire sain. M. Andral dit avoir fréquemment rencontré ces granulations rouges et s'être assuré qu'elles ne sont autre chose que des inflammations partielles qui sont aux lobules pulmo-

(1) *Journ. hebdom.*, t. XXIII, p. 421.

(2) *Cycloped.* Vol. III, art. *Pneumonia.*

(3) *Anatom. patholog.*, t. II, p. 509.

naires, dont elles ne frappent que quelques points, ce que la pneumonie lobulaire elle-même est à l'inflammation de tout un lobe. M. Andral croit que dans les bronchites aiguës avec fièvre, ces petites pneumonies vésiculaires ne sont pas rares (1).

Je ne puis exprimer aucune opinion personnelle à ce sujet, n'ayant jamais eu occasion de rien observer de semblable à ce qu'indique le savant professeur que je viens de citer. Cependant, il paraît résulter des recherches plus récentes de MM. Rilliet et Barthez, que la lésion que M. Andral donne comme caractérisant une pneumonie, ne serait autre chose qu'une bronchite vésiculaire. Ces auteurs pensent, en effet, que l'inflammation siége seulement dans l'extrémité des tuyaux bronchiques, et qu'un certain nombre de vésicules pulmonaires s'étant enflammées isolément, se sont remplies d'un liquide puriforme, et se sont dilatées sans que le tissu cellulaire ambiant ait participé au travail phlegmasique. Quand cette lésion existe, on trouve au centre des poumons un grand nombre de granulations du volume d'un grain de millet, de couleur grise ou jaune, ayant l'aspect de granulations tuberculeuses; mais elles en diffèrent essentiellement, car incisées elles donnent issue à un liquide puriforme et s'affaissent ensuite. Parfois à leur centre existe un point déprimé souvent difficile à trouver et auquel paraît aboutir un canal délié à parois lisses qui n'est probablement autre chose qu'un tuyau bronchique capillaire. On voit donc ici une inflammation circonscrite à la vésicule, et c'est ce qui a probablement donné l'idée de nommer cette altération pneumonie vésiculaire; mais comme l'observent avec raison MM. Rilliet et Barthez, le mot pneumonie est peut-être impropre, puisque ce n'est pas le tissu même du poumon qui est enflammé, mais seulement un de ses élémens (2).

## ARTICLE PREMIER.

### Siége de la Pneumonie.

#### § I. — *Siége des Pneumonies primitives.*

La pneumonie ne se montre pas avec la même fréquence

(1) Note à la 4e édition de Laënnec, t. I, p. 500.

(2) *Loc. cit.*, p. 17.

dans l'un et l'autre poumons, et les différentes parties de ces organes sont assez inégalement envahies par le travail inflammatoire, comme le prouveront les faits qui vont suivre. Il y a peu d'années encore, on n'aurait pu examiner la question du siége de la pneumonie qu'avec les faits dans lesquels la maladie avait eu une issue funeste. Mais aujourd'hui, grâce à nos moyens d'exploration, nous pouvons nous servir également pour cette étude, des cas dans lesquels la pneumonie s'est heureusement terminée; car les résultats fournis par l'auscultation et la percussion sont tellement précis, qu'il est possible, à l'aide de ces méthodes, de déterminer exactement le siége de la pneumonie, et de la circonscrire à peu près dans les points qu'elle occupe. Aussi, à l'exemple de la plupart des auteurs qui m'ont précédé, je vais étudier tout ce qui se rapporte au siége de la pneumonie, en réunissant indistinctement tous les faits que j'ai observés, et quelle qu'ait été la terminaison de la maladie.

1° *Côté affecté.*

Les médecins avaient reconnu depuis longtemps que les deux poumons étaient inégalement atteints d'inflammation, et on admettait assez unanimement que le poumon droit était plus souvent affecté que le gauche, lorsque Morgagni vint ébranler cette opinion. Ce grand médecin ayant réuni environ cinquante observations, dont les unes lui étaient propres, et dont la plupart avaient été recueillies par Valsalva, il trouva que le nombre des pneumonies avait été à peu près également réparti à droite et à gauche (1). Quelques personnes en conclurent que les deux poumons étaient également prédisposés à l'inflammation, quoique Morgagni eût lui-même remarqué que les observations qu'il apportait étaient insuffisantes, et que, pour établir quelque chose de certain à cet égard, il était nécessaire de recueillir un plus grand nombre de faits (1). Au commencement de ce siècle, Portal avait également douté que la pneumonie siégeât plus fréquemment à droite qu'à gauche (2); mais, depuis cette époque, plusieurs médecins français ont résolu la question. Ainsi, M. Chomel a prouvé, l'un des premiers, que les pneumonies du côté droit étaient beaucoup plus fréquentes que

(1) Lettre 20e, § 65.

(2) Anatomie médic., t. V, p. 67.

celles du côté gauche (1), et ce résultat avait d'autant plus de valeur que M. Chomel l'avait établi d'après les cas seulement où la maladie avait eu une issue funeste, c'est-à-dire qu'il n'avait pu y avoir aucune erreur sur le siége précis de la pneumonie. M. Andral ayant réuni ensemble toutes ses observations de pneumonie, et quelle qu'ait été la terminaison de la maladie, a trouvé que le nombre des pneumonies droites était deux fois plus considérable que celui des pneumonies gauches ; et que dans un peu moins du neuvième des cas les deux poumons étaient envahis à la fois (2).

Voici les résultats numériques que donnent mes observations particulières. Je n'ai déterminé exactement lequel des deux poumons était affecté que chez 280 malades, que l'on doit classer de la manière suivante par rapport au siége de la pneumonie. Chez 166, la pneumonie occupait le poumon droit; chez 97, le poumon gauche ; chez 17, les deux poumons étaient envahis ensemble : d'où il résulte que, sous le rapport de la fréquence, les pneumonies droites seraient aux pneumonies gauches, à peu près comme 11 : 6, et que la pneumonie n'occuperait les deux poumons à la fois que dans un seizième des cas environ.

Enfin, il résulte des observations réunies de MM. Andral, Barth (3), Bouillaud (4), Briquet (5), Chomel (6), Forbes (7), Lombard (8) et Pelletan (9), que, sur un total de 1,430 pneumonies, le poumon droit a été affecté 742 fois et le gauche 426. Chez 262 malades la pneumonie aurait été double.

On doit conclure de cette masse considérable de faits ainsi que de mes observations particulières, que le poumon droit est beaucoup plus souvent enflammé que le gauche; mais je crois qu'on a exagéré la prédominance des pneumonies droites lorsqu'on a dit qu'elles étaient deux fois et demi plus fréquentes que les gauches. D'après les faits qui précèdent, les pneumonies droites

(1) Dictionnaire de méd., art. *Pneumonie.*

(2) *Clinique méd.*, t. III, p. 470, 4e édit.

(3) Sestier, *Leçons de clinique*, p. 32.

(4) *Clinique méd.*, t. II.

(5) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 492.

(6) *Dict.* en 21 vol., art. *gneumonie.*

(7) W. Stokes *Diseases of the chest*, p. 318.

(8) Lombard, *Archives*, t. XXV, p. 61.

(9) *Mémoire de l'Acad. de méd.*, t. VIII.

seraient aux pneumonies gauches dans le rapport à peu près de 11 à 6 pour mes observations et dans celui de 7 à 4 pour les observations des auteurs réunies.

La prédominance du côté droit existe à tous les âges de la vie, mais elle paraît être plus grande encore chez l'enfant que chez l'adulte. Ainsi, sur 128 autopsies d'enfans nouveau-nés faites par MM. Valleix et Vernois, on voit que l'hépatisation n'a jamais manqué à droite, tandis qu'elle n'a point existé 17 fois à gauche, et que, dans les 111 cas où la pneumonie fut double, l'altération était plus étendue du côté droit chez 59 sujets, tandis que le contraire n'avait lieu que 10 fois; enfin, l'hépatisation était égale dans les deux poumons chez 42. MM. Gerhard et Rufz ont vu qu'après l'âge de six ans les pneumonies droites avaient été aux pneumonies gauches dans le rapport de 26 à 12 (1). Il semble résulter des recherches de MM. Hourmann et Dechambre (2) que, chez les vieillards, la prédominance du côté droit serait beaucoup moins marquée que dans les âges précédens. C'est ainsi que, d'après les relevés que ces médecins ont donnés, il y aurait 34 pneumonies droites pour 27 pneumonies gauches. Les faits que j'ai analysés sembleraient prouver le contraire, puisque j'ai trouvé qu'au-dessus de 60 ans les pneumonies droites étaient aux pneumonies gauches comme 6 est à 1. Je dois dire pourtant que mes observations à ce sujet sont trop peu nombreuses pour pouvoir rien conclure; d'ailleurs, les malades de MM. Hourmann et Dechambre étaient généralement beaucoup plus âgés que les miens; par conséquent, les deux ordres de faits ne sont peut-être pas tout à fait comparables.

M. le docteur Lombard de Genève a avancé que les femmes étaient presque deux fois plus sujettes aux pneumonies gauches que les hommes; il dit même que ce fait n'est point particulier aux adultes, et qu'on l'observe aussi chez les enfans, quoique à un moindre degré, puisque, suivant ce médecin, à une époque voisine de la naissance, les pneumonies gauches formeraient le cinquième du nombre total chez les filles, et le septième chez les garçons (3). Mais les faits recueillis par MM. Valleix et Vernois semblent contredire cette dernière opinion; car, sur dix-

(1) *Journal des conn. méd. chirur.*, t. III, p. 105.
(2) *Archives* de 1836, t. X, p. 293, 2e série.
(3) *Archives*, t. XXV, p. 65.

sept pneumonies simples, les seules qu'ils aient observées sur des nouveau-nés des deux sexes, toutes occupaient le côté droit. Quant à ce qui concerne l'adulte, l'opinion de M. Lombard ne me paraît nullement fondée ; je crois même que pour être dans le vrai il faudrait renverser sa proposition, car, en analysant mes observations, je trouve que les pneumonies gauches ne forment guère chez les femmes qu'un quart du nombre total, tandis que le tiers environ des hommes pneumoniques étaient atteints de pneumonies gauches.

On aura sans doute été surpris du nombre peu considérable de pneumonies doubles que j'ai observées, puisque j'ai dit qu'elles avaient été aux pneumonies simples à peu près dans le rapport de 1 à 16. Ce résultat ne s'accorde point avec ceux qui ont été donnés par d'autres auteurs, puisque, d'après eux, le neuvième, et même les deux septièmes ou les deux cinquièmes des pneumonies seraient doubles. M. le docteur Stokes croit même que les pneumonies doubles sont plus fréquentes que l'indiquent les chiffres précédens (1). Toutefois, comme cet habile médecin n'apporte aucun résultat numérique en faveur de son opinion, comme il ne semble l'avoir émise que d'après de simples souvenirs, elle ne saurait prévaloir sur les conclusions que j'ai tirées de l'analyse et de la numération de faits nombreux. Une circonstance d'ailleurs qui vient augmenter encore la confiance que j'ai dans mes résultats, c'est que M. Louis a noté comme moi la rareté des pneumonies doubles (2). Enfin, un homme également connu par son habileté et son exactitude, M. le docteur Barth, rapporte que sur cent vingt-cinq pneumonies dont il a recueilli l'histoire à la clinique de M. Chomel, pendant les années 1838 et 39, huit seulement étaient doubles (3), c'est-à dire que l'inflammation n'a envahi les deux poumons à la fois que chez un seizième des malades à peu près, résultat qui est entièrement conforme à celui que j'ai moi-même donné précédemment.

Si quelques personnes ont regardé la pneumonie double comme très-fréquente chez l'adulte, c'est qu'elles auront souvent confondu le bronchite capillaire avec l'inflammation du

(1) *Diseases of the chest*, p. 318.

(2) *Effets de la saignée*, p. 66.

(3) Ouvrage de M. Sestier, p. 32.

parenchyme pulmonaire ; il suffit souvent, à beaucoup de médecins d'ailleurs très-instruits, que dans le cours d'une pneumonie droite ou gauche, un peu de râle sous-crépitant soit entendu à la base ou au bord interne du poumon opposé pour croire à l'existence d'une pneumonie double. J'ai vu souvent commettre cette méprise par des hommes très-expérimentés; et c'est ce qui explique probablement la grande proportion de pneumonies doubles que j'ai trouvées en réunissant les faits consignés dans les principaux relevés qui ont été publiés sur la pneumonie.

Le siége primitif de la phlegmasie n'exerce aucune influence sur le nombre des pneumonies doubles. J'ai vu en effet celles-ci survenir à peu près également dans le cours des pneumonies droites et des pneumonies gauches, et quelle qu'ait été la partie du poumon primitivement envahie.

Il existe surtout plusieurs circonstances qui peuvent augmenter la proportion des pneumonies doubles : tels sont en particulier, l'âge des sujets, la forme de la maladie et certaines constitutions épidémiques.

1° *L'âge des sujets.* Les pneumonies doubles sont extrêmement communes chez les enfans; nous avons déjà vu en effet que MM. Valleix et Vernois, sur 128 pneumonies qu'ils ont observées chez des enfans nouveau-nés, ont trouvé que sur 111 l'inflammation occupait l'un et l'autre poumon (1). MM. Rufz et Gerhard sont arrivés à des résultats analogues chez les enfans plus âgés; ils ont vu en effet que de deux à six ans la pneumonie était presque constamment double. Enfin, MM. Rilliet et Barthez ont été également frappés de l'extrême fréquence des pneumonies doubles, chez les enfants de dix-huit mois à cinq ans; au-delà de cet âge, elles sont beaucoup moins communes.

Il paraîtrait aussi que chez les vieillards, l'inflammation aurait un peu plus de tendance que chez l'adulte à envahir l'un et l'autre poumon. C'est ainsi qu'un bon tiers des pneumonies doubles que j'ai observées existaient chez des sujets qui avaient dépassé 60 ans; l'âge moyen de ces malades était de 45 ans. Il résulte aussi du travail de MM. Hourmann et Dechambre,

(1) *Clinique des enfans nouveau-nés*, p. 62 et 63.

que plus du tiers des pneumonies qu'ils ont vues à la Salpétrière étaient doubles ; elles étaient en effet aux inflammations simples, dans le rapport de 24 à 61 (1). Toutefois, ces faits sont trop peu nombreux pour permettre de rien établir de positif sur l'influence que l'âge avancé exerce dans la production des pneumonies doubles.

2° *Forme anatomique de la maladie.* La pneumonie lobulaire et celle que j'appellerai plus tard *métastatique* sont les seules qui soient presque constamment doubles.

3° *Constitution épidémique.* M. Rayer a fait remarquer que dans certaines épidémies, la proportion des pneumonies doubles a été plus considérable chez l'adulte que dans d'autres conditions (1). Je n'ai encore rien observé qui puisse infirmer ou justifier cette opinion.

On a proposé plusieurs explications pour se rendre compte de la prédominance des pneumonies droites. Les uns l'ont attribuée à ce que le décubitus a lieu plus souvent sur le côté droit que sur le côté gauche, ce qui, suivant eux, doit produire dans le premier cas une stase sanguine favorable au développement de la phlegmasie. Billard et plusieurs autres ont cherché à expliquer par cette circonstance, la fréquence des pneumonies droites qu'ils avaient notées. Je crois en effet, que chez les sujets affaiblis par l'âge ou une maladie antérieure, l'espèce de décubitus que les malades adoptent influe beaucoup sur le siége des pneumonies consécutives qui se développent si fréquemment dans ces circonstances. C'est ce que je prouverai plus tard, à l'article que j'ai consacré à l'étiologie des pneumonies secondaires. Mais l'influence du décubitus me paraît moins certaine pour les pneumonies primitives survenant au milieu d'une santé parfaite. D'ailleurs, je n'ai aucun fait positif à opposer à l'explication dont je parle ; car, pour en apprécier la valeur, il faudrait interroger un grand nombre de pneumoniques, pour connaître le décubitus qu'ils préfèrent dans l'état de santé ; c'est ce que j'ai négligé de faire.

Quelques personnes ont voulu expliquer la fréquence des pneumonies droites par l'activité musculaire du bras droit.

(1) *Bulletin de l'Académie de méd.*, t. IV, p. 450.

Mais si cette explication était fondée, on devrait voir chez les jeunes enfans un nombre à peu près égal de pneumonies droites et de pneumonies gauches; du moins la prédominance du côté droit devrait être moins grande. Le même raisonnement pourrait aussi s'appliquer à la femme, et cependant nous avons vu que chez celle-ci, comme chez les très-jeunes enfans, la proportion des pneumonies droites était encore plus considérable que chez l'adulte.

La prédominance du côté droit dans la pneumonie, étant un phénomène constant dans tout le cours de la vie humaine, M. Lombard en a cherché l'explication dans une disposition anatomique invariable. Suivant ce médecin, la différence qui existe pour la fréquence, entre la pneumonie droite et la pneumonie gauche dépendrait de la différence même que présentent les divisions de l'artère pulmonaire dans l'un et l'autre côté. M. Lombard fait remarquer que le volume plus considérable de la branche droite de l'artère pulmonaire, sa direction plus transversale qu'à gauche, font que la quantité de sang qui la traverse dans un temps donné doit être supérieure à celle qui passe par la branche gauche du même vaisseau. De là, dit-il, une activité fonctionnelle du poumon droit plus grande que celle du poumon gauche; et comme, suivant l'auteur, la fréquence des inflammations est en raison directe de l'activité fonctionnelle des organes, il se rend compte ainsi du nombre plus considérable de pneumonies droites qu'on observe (1).

L'explication de M. Lombard ne me semble pas très physiologique. Ce médecin croit à une plus grande activité fonctionnelle du poumon droit, par cela seul que cet organe reçoit dans un temps donné plus de sang veineux que celui du côté gauche. Cette supposition pourrait être admise si les deux poumons avaient le même volume et une égale capacité; mais chacun sait que le poumon droit est plus volumineux que le gauche: il est donc naturel que les vaisseaux sanguins qui le pénètrent aient aussi plus de capacité pour permettre à une plus grande quantité de sang d'y arriver. Il me semble que, si l'on veut une explication de la fréquence des pneumonies droites, il serait plus naturel de

(1) *Loc. cit.*, p. 65.

la trouver dans la différence de volume et de capacité qu'il y a entre les deux poumons. On conçoit, en effet, que le poumon droit étant plus volumineux que le gauche, doive par cela même présenter plus de surface à l'action des causes morbifiques.

§ II.— *Siége de l'inflammation dans les différens lobes.*

Tous les relevés statistiques publiés depuis 15 ans sur la pneumonie, ont prouvé que le lobe inférieur de l'un et l'autre poumon s'enflammait plus souvent que le lobe supérieur. Les faits que j'ai recueillis confirment pleinement ce résultat. Mais les auteurs cessent d'être d'accord entre eux lorsqu'il s'agit de déterminer le chiffre proportionnel des pneumonies de la base et de celles du sommet. Ainsi sur 88 cas de pneumonies rassemblés par M. Andral, ce professeur a trouvé 47 fois l'inflammation du lobe inférieur, 30 fois celle du lobe supérieur et 11 fois le poumon enflammé dans sa totalité (1); par conséquent la pneumonie de la base serait à celle du sommet à peu près comme 3 à 2. Suivant M. Briquet, la partie inférieure du poumon s'enflammerait deux fois plus souvent que la partie supérieure (2). Enfin, d'après les faits recueillis à la clinique de M. Bouillaud, la proportion serait de 1 1/2 à 1 (3).

Sur 264 malades chez lesquels j'ai pu déterminer le point précis du poumon qui commença par être envahi, j'ai trouvé que le lobe inférieur a été pris 133 fois, le sommet 101 fois, et chez 30 la pneumonie occupait le 1/3 moyen de l'organe, c'est-à-dire que le rapport des pneumonies de la base à celles du sommet a été à peu près comme 4 : 3. La proportion n'a pas été la même dans toutes les années; ainsi, en 1836 et en 1840 plus du 1/3 des pneumonies que j'ai observées occupaient le sommet de l'organe, tandis qu'en 1837 la proportion n'a guère été que d'un 5e. Il peut arriver que pendant un ou plusieurs mois la plupart des pneumonies qu'on observe occupent le lobe supérieur; c'est ce que j'ai vu plusieurs fois, entr'autres durant l'année 1840. La même remarque a été faite par W. Stokes; ce médecin dit, en effet, avoir vu parfois une tendance épidémique de la maladie à envahir le lobe supérieur; c'est ce qu'il a con-

(1) *Clin. med.*, t. 3, p. 470.
(2) *Archives* t. VII, 3. série, p. 493.
(3) *Mém. de l'acad. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 333.

staté à l'hôpital Meath, dans l'été de 1833. Un médecin américain rapporte également que cette tendance épidémique de la pneumonie des lobes supérieurs avait été observée la même année dans plusieurs villes des États-Unis (1).

L'inflammation envahit très-inégalement le lobe supérieur de l'un et l'autre poumon. D'après les faits que j'ai recueillis, la pneumonie du lobe supérieur du poumon droit, serait presque deux fois et demie plus fréquente que celle du lobe correspondant du poumon gauche. La différence est beaucoup moindre pour la pneumonie qui envahit la partie inférieure, puisque, si on cherche le rapport de fréquence entre la pneumonie du lobe inférieur droit et celle du lobe inférieur gauche, on voit que la première serait à la seconde à peu près comme 4 : 3, sans qu'on puisse saisir la cause probable de cette différence. D'autres médecins ont également noté la prédominance des pneumonies du lobe supérieur droit ; mais leurs chiffres diffèrent plus ou moins de ceux que je viens de donner; c'est ainsi qu'il résulte des tableaux de M. Barth, que sur 19 pneumonies du sommet, l'inflammation avait siégé 18 fois à droite, et une fois seulement à gauche (2). M. Briquet rapporte également (3) que, sur les 18 malades chez lesquels le sommet des poumons fut la partie enflammée, 4 fois seulement la pneumonie était à gauche ; dans tous les autres cas, la phlegmasie occupait le poumon droit.

On a encore regardé l'âge et la constitution des sujets comme pouvant exercer de l'influence sur le siége de la phlegmasie.

1° *Age.* M. Louis ayant remarqué que les malades atteints de pneumonie du sommet avaient en moyenne 54 ans, tandis que ceux qui étaient affectés d'une pneumonie de la base n'avaient qu'un âge moyen de 35 ans, a été porté à admettre que l'inflammation du lobe supérieur était en quelque sorte la pneumonie des vieillards, tandis que celle du lobe inférieur affecterait de préférence les jeunes gens (4). Si j'analyse mes observations sous ce point de vue, je trouve deux séries de faits contraires à l'o-

(1) *Diseases of the chest*, p. 519.

(2) *Sestier*, p. 38.

(3) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 494.

(4) *Recherches sur les effets de la saignée*, Paris, 1835, p. 42.

pinion de M. Louis et une qui vient la confirmer. Ainsi, en 1836 et 1837 les malades qui présentèrent une pneumonie du sommet avaient exactement le même âge moyen que ceux qui étaient affectés d'une inflammation de la base; tandis que chez les malades que j'ai observés en 1840, ceux qui portaient une pneumonie du sommet avaient 9 ans de plus que les autres. Ces faits sembleraient donc prouver que si l'âge des sujets exerce quelque influence sur le siége de la pneumonie; cette même influence n'est pas très grande, et peut-être est-elle subordonnée à quelque autre circonstance, probablement de constitution médicale, que nous n'avons pu encore déterminer, mais dont j'ai précédemment rapporté plusieurs exemples.

Chez les très jeunes enfans la proportion des pneumonies du sommet semblerait être plus considérable que chez l'adulte. Il résulte, en effet, des recherches de M. Valleix, que sur 139 pneumonies observées chez le nouveau-né, l'hépatisation occupait le lobe supérieur 44 fois et le lobe inférieur 20 fois. Chez 44 il y avait à la fois pneumonie de la base et du sommet, et chez 31 il y avait des noyaux d'hépatisation disséminés. Cependant il nous est impossible de rien conclure de général de ces faits, quelque nombreux qu'ils soient; car nous venons de voir que chez l'adulte la proportion des pneumonies du sommet variait beaucoup d'une année à l'autre; il est probable qu'il doit en être de même chez les enfans. Il est donc nécessaire, pour résoudre la question, d'avoir des relevés faits pendant plusieurs années de suite.

2° *Constitution.* M. Briquet est porté à penser que les pneumonies du sommet sont plus fréquentes que celles de la base chez les sujets d'une constitution débile (2) Les faits que j'ai observés semblent confirmer cette opinion, puisque si on recherche le siége que la pneumonie a occupé chez les individus d'une constitution grêle, chétive, détériorée, on trouve que chez eux le sommet de l'un ou l'autre poumon a été envahi un peu plus souvent que le lobe inférieur.

Après avoir exposé les faits simplement, il me reste à dire un

(1) *Clinique des malad. des nouv.-nés*, p. 63.

(2) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 480.

mot sur les explications qu'on a proposées pour s'en rendre compte.

Presque tous les auteurs ont pensé que la plus grande fréquence de la pneumonie dans les lobes inférieurs, dépendait de ce que ceux-ci, placés dans une position déclive, étaient plus souvent que les autres parties des poumons le siége de congestions ou stases sanguines qui favorisaient le développement de la phlegmasie. Mais, s'il en est ainsi, pourquoi voit-on la pneumonie du sommet devenir plus commune, et celle de la base être au contraire moins fréquente chez les très jeunes enfans et souvent aussi chez les vieillards, quoique cependant, ce soit précisément aux deux extrêmes de la vie, que l'organisme affaibli permet aux lois de la pesanteur de s'exercer avec le plus de force. Je crois donc que dans l'état actuel de la science, il n'y a aucune raison plausible à donner, pour expliquer pourquoi l'inflammation envahit plus souvent la base que le sommet des poumons. Il nous est tout aussi impossible de trouver la raison qui fait qu'il existe, quant à la fréquence, une aussi grande disproportion entre l'inflammation du lobe supérieur du poumon droit et celle du lobe correspondant du poumon gauche.

J'ai déjà dit précédemment que le bord antérieur ou tranchant des poumons était la partie de ces organes que la pneumonie envahissait le plus rarement. En effet, dans les cas où l'inflammation avait commencé par le lobe supérieur ou inférieur, elle n'a gagné le bord tranchant dans la plus grande partie de son étendue que trois fois, et ce n'est que chez deux individus que j'ai vu la pneumonie débuter par ce dernier point pour s'étendre ensuite ailleurs. Cependant on dit qu'il n'en est pas exactement de même chez les enfans et peut-être aussi chez les vieillards ; ainsi, Delaberge a fréquemment observé chez les premiers l'inflammation du bord tranchant des poumons, variété de la maladie à laquelle il avait donné le nom de *marginale* (1). MM. Rilliet et Barthez (2) paraissent avoir constaté le même fait, peut-être un peu plus rarement que Delaberge; ils ajoutent aussi que les hépatisations qu'on trouve au bord antérieur des poumons ne sont re-

(1) *Journ. hebdom.*, t. XXIII, p. 418.

(2) *Loc. cit.*, p. 27, en note au bas de la page.

marquables que par leur peu d'étendue, et qu'elles ont d'ailleurs les caractères anatomiques ordinaires. Il est à regretter que les auteurs que je viens de citer n'aient donné aucun chiffre précis sur la fréquence relative de la pneumonie *marginale* par rapport à celle qui envahit la base ou le sommet. MM. Hourmann et Dechambre ont dit que chez les vieillards de la Salpétrière le bord antérieur des poumons avait été envahi douze fois et le bord postérieur vingt-cinq (1). Ces résultats semblent être en opposition avec ce que j'ai trouvé moi-même; mais il est probable que par bord antérieur des poumons MM. Hourmann et Dechambre ont voulu parler de toute la face antérieure des organes, tandis que je n'ai compris par ces mots que le bord tout à fait tranchant dans une étendue transversale de 3 à 5 centimètres à peu près.

3° *Siége anatomique.* — Plusieurs auteurs ont essayé de déterminer quel était l'élément anatomique qui était primitivement ou spécialement affecté dans la pneumonie; mais l'anatomie pathologique me paraît être encore impuissante aujourd'hui pour résoudre ce problème. La pneumonie une fois établie, les vésicules et le tissu cellulaire qui les sépare me semblent être également phlogosés, et la distinction que quelques personnes ont faite en pneumonie *vésiculaire* et *intervésiculaires*, comme indiquant que les vésicules pulmonaires et le tissu celluleux intervésiculaire peuvent devenir séparément le siége exclusif de l'inflammation, ne me semble pas encore suffisamment justifiée par les faits. MM. Hourmann et Dechambre ont voulu expliquer par le siége différent de la phlegmasie l'aspect granulé ou plane de l'hépatisation. Dans cette dernière forme ils prétendent que les vésicules ne participent pas à la phlegmasie, qu'elles sont comprimées, aplaties, oblitérées par le travail inflammatoire qui se passe dans leur interstice. Dans la forme granulée de l'hépatisation, au contraire, les vésicules pulmonaires participeraient elles mêmes à la phlegmasie et en seraient le siége principal. Il y aurait engorgement de leurs parois et dépôt de la matière purulente dans leurs cavités. Cependant les auteurs dont j'expose ici les opinions ont reconnu qu'il était des cas où les granulations manquaient, même lors-

(1) *Archives*, t. X, p. 294, 2e série.

que la phlegmasie envahissait les vésicules elles-mêmes. Ils supposent alors que leurs cavités étant larges et très irrégulières, les granulations n'ont pu se former.

Cette théorie ne me semble pas suffisamment justifiée ni par le raisonnement ni par les faits; car on conçoit difficilement qu'une inflammation puisse envahir le tissu intervésiculaire du poumon, sans se propager en même temps aux parois si ténues des vésicules. Je sais que MM. Hourmann et Dechambre disent avoir vu une forme d'engorgement pulmonaire dans laquelle le pus infiltré dans le tissu cellulaire intervésiculaire ayant été extrait, le tissu pulmonaire recouvrait sa souplesse dans tous les points où la matière purulente avait existé, et que par la dessiccation les cellules tendaient à reparaître, n'ayant subi d'autre changement qu'un rétrécissement de leurs cavités. Ce fait, que l'habileté des deux médecins que j'ai cités ne me permet pas de contester, me paraît être infiniment rare. Pour ma part, je ne l'ai jamais observé, et dans les cas où j'ai vu, soit chez l'enfant soit chez le vieillard, l'hépatisation plane, non granulée, tous les élémens constitutifs du poumon m'ont paru également enflammés, et formaient à l'œil une sorte de masse homogène dans laquelle tous les tissus étaient confondus. Je crois que dans l'état actuel de la science, on ne peut déterminer anatomiquement quel est l'élément du poumon principalement affecté dans les différens degrés de la pneumonie que je viens d'étudier. Il est impossible d'affirmer que ce soit les vésicules plutôt que le tissu cellulaire intervésiculaire.

Toutefois je suis loin de nier la possibilité de l'inflammation du tissu cellulaire intervésiculaire seul, sans altération des vésicules. Je veux dire seulement que je n'ai jamais pu le constater; qu'une pareille démonstration est d'ailleurs fort difficile à faire, et que les faits qu'on a invoqués sont insuffisans pour convaincre. Cependant il est assez probable que le siége principal ou du moins primitif de la pneumonie, est dans les vésicules; le râle crépitant que nous verrons marquer le premier degré de la maladie, et qui se passe probablement dans ces petites cavités, justifie cette assertion. L'état granulé des surfaces enflammées paraît être également le résultat de cette altération des vésicules, dont les parois sont injectées, épaissies et dont la cavité est obstruée, distendue par les produits de l'inflam-

mation. Ainsi, en poussant doucement une injection dans les bronches, on peut déterminer dans le poumon l'aspect grenu dont je parle; mais si l'injection est poussée avec plus de force, les poumons n'offrent plus qu'une masse compacte où l'aspect grenu est presque entièrement effacé (1). Cette double expérience permet peut-être d'expliquer l'état granulé ou planiforme de l'hépatisation, sans être obligé, pour se rendre compte de cette dernière forme anatomique de la maladie, d'invoquer l'inflammation seule du tissu intervésiculaire, qui aurait comprimé, aplati les vésicules; disposition qui jusqu'à présent, je le répète, n'a pas été démontrée, d'une manière certaine.

§ III. — *Siége des Pneumonies secondaires.*

Si, comme je l'ai prouvé précédemment, on ne peut plus contester aujourd'hui que, dans les pneumonies primitives, le poumon droit soit plus fréquemment affecté que le gauche, il n'en est plus de même quand il s'agit des pneumonies secondaires. Il résulte en effet de mes observations que les pneumonies compliquées affectent en proportion à peu près égale le poumon droit et le poumon gauche, ou bien l'un et l'autre poumon à la fois. C'est ainsi que, sur 36 pneumonies secondaires observées chez l'adulte, 13 occupaient le côté droit, 11 le côté gauche, 12 étaient doubles. M. le docteur Calmeil (2) a même dit que chez les aliénés qui succombent dans la démence, le poumon gauche s'enflamme plus souvent que le droit, et que les deux poumons se prennent plus fréquemment ensemble qu'isolément. Il est à regretter que cet habile médecin n'ait pas indiqué suivant quelle proportion ces pneumonies surviennent les unes par rapport aux autres. Enfin, chez les jeunes enfans, la plupart des pneumonies secondaires sont doubles, et, dans les cas où la maladie est bornée à un seul poumon, elle se montre presque aussi souvent à gauche qu'à droite.

## ARTICLE II.

### Caractères anatomiques que présente la résolution des trois premiers degrés de la pneumonie.

Il est tellement rare de voir succomber des individus pendant

(1) Louis, *Recherches sur la Phthisie*, Paris, 1825, p. 9. en note.

(2) *Dict. de méd.*, 2. édit., t. II, p. 195.

la convalescence ou quelques semaines après la guérison complète d'une pneumonie, que nous ignorons encore presque tout-à-fait la série de changemens qui surviennent dans le tissu pulmonaire lorsque, l'inflammation dont il était le siége venant à se résoudre, les parties reprennent peu à peu leur état physiologique. Laënnec, pourtant, a affirmé que depuis qu'il faisait usage du tartre stibié dans le traitement des pneumonies, il avait eu de fréquentes occasions d'étudier la résolution des engorgemens pulmonaires chez des individus qui, guéris depuis peu d'une pneumonie plus ou moins grave, succombaient ensuite aux progrès de la maladie chronique dont ils étaient affectés depuis longtemps. Suivant l'illustre auteur du *Traité de l'auscultation*, lorsque la résolution commence avant que la pneumonie ait dépassé la période d'engouement, le sang infiltré est absorbé, et le tissu pulmonaire, plus sec que dans l'état naturel, paraît seulement rougi comme par une teinture; quelquefois une infiltration séreuse remplace pendant quelque temps l'infiltration sanguine. Si l'inflammation était parvenue au degré d'hépatisation, la résolution présente les caractères suivans : les parties endurcies pâlissent, passent du rouge ou du violet au gris-violet, puis au gris de lin rougeâtre, puis enfin à la couleur rougeâtre pâle, naturelle au poumon; mais souvent aussi, elles conservent une nuance rouge, même quelque temps après l'époque, où elles sont devenues perméables à l'air. En même temps que ces changemens de couleur se succèdent, le tissu pulmonaire perd de sa dureté; il devient plus humide, il en suinte plus de sérosité que de sang. Cette sérosité, mêlée d'abord à quelques bulles d'air très petites, devient peu à peu plus spumeuse : l'état granuleux du tissu pulmonaire s'efface, et fait place à l'aspect cellulaire des vésicules; enfin, le tissu pulmonaire redevient sec; il a repris sa couleur ordinaire, mais il reste pendant quelque temps plus ferme, plus élastique, plus pesant que dans l'état naturel; ce que Laënnec attribue à un reste d'épaississement des parois des vésicules aériennes. Comme la résolution marche rarement d'une manière égale dans tous les points enflammés, on trouve encore disséminés çà et là des noyaux plus denses qui présentent encore les caractères de l'hépatisation à leur centre, tandis que leur circonférence se confond par une dégradation insensible

de l'engorgement inflammatoire, avec les parties du tissu pulmonaire où déjà la résolution est parfaite. Souvent une légère coloration violette, grise-violette ou rougeâtre, semblable à un coup de pinceau qui aurait été appliqué sur la surface des incisions faites au poumon, indique encore le lieu affecté, même après que les vésicules aériennes sont redevenues entièrement perméables à l'air. Laënnec, qui admettait la possibilité de la guérison, quand même le poumon était infiltré de pus, disait que dans ces cas le commencement de la résolution est marqué par une diminution dans l'intensité de la couleur jaune ou jaune-cendrée du tissu pulmonaire. Celui-ci devient plus pâle et blanchâtre. Le pus qui en suinte est mêlé à de la sérosité qui devient de plus en plus aérée. L'aspect cellulaire des vésicules commence bientôt à paraître ; le parenchyme pulmonaire ne présente plus la dureté hépatique ; il n'a plus que la densité que produit la pneumonie au premier degré ou l'œdème ; le tissu crépite légèrement sous le doigt ; il ne gagne pas toujours le fond de l'eau ; la surface des incisions que l'on y fait présente une teinte jaunâtre, sale ou verdâtre, très pâle, qui contraste sensiblement avec les portions du poumon restées saines. Si la résolution est très avancée, cette teinte seule subsiste encore, et le tissu pulmonaire est infiltré d'une petite quantité de sérosité qui plus tard est absorbée (1).

J'ai cité à peu près textuellement le passage de Laënnec relatif aux caractères anatomiques de la résolution de la pneumonie, sans pourtant vouloir être garant de l'exactitude de tous les détails donnés par l'auteur. Ce qu'il dit, surtout relativement à la résolution du troisième degré, ne me semble nullement prouvé ; car, comme nous le verrons plus tard, aucun fait positif n'a démontré jusqu'à présent qu'un poumon frappé d'hépatisation grise pût revenir ensuite à son état normal.

Quant aux principaux changemens qui surviennent dans un poumon pendant la résolution du premier, et surtout du deuxième degré, Laënnec me paraît les avoir décrits assez exactement ; et deux faits que j'ai recueillis, les seuls que j'ai observés jusqu'à présent, confirment ce qu'il a dit lui-même. Dans

(1) Tom. I, p. 512, 513, et 514, de la 4e édit.

le courant du mois de décembre 1839, une jeune fille de 17 ans, entrée à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu, succombe à une péricardite des plus violentes, après avoir présenté dans la moitié inférieure du poumon gauche les signes physiques d'une pneumonie qui avait guéri après avoir atteint incomplétement le degré d'hépatisation. La résolution était parfaite depuis plusieurs jours, lorsque la mort survint brusquement à la suite d'une syncope. A l'autopsie, je trouvai sur le lobe inférieur du poumon gauche quelques petites fausses membranes commençant à s'organiser. Ce même lobe présentait à l'incision une couleur rose à peu près uniforme, quoique plus foncée et même un peu bleuâtre dans quelques parties, où le tissu, à peine granulé, était encore un peu friable. Ce tissu était sec partout; aucun liquide ne s'échappait quand on l'incisait; pressé entre les doigts, il crépitait peu, et il donnait une sensation particulière comme d'empâtement; plongé dans l'eau, il surnageait moins complétement qu'une portion de poumon tout à fait saine. — Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme qui était guéri depuis cinq semaines d'une pneumonie grave, lorsqu'il succomba aux progrès d'une affection organique du cœur dont il était atteint. Chez lui, le lobe inférieur du poumon droit qui avait été enflammé adhérait aux parois thoraciques par quelques filamens faciles à déchirer. Il était crépitant et offrait à l'extérieur une coloration d'un rouge bleuâtre; incisé, le tissu de l'organe était rose, presque uniformément. On y distinguait pourtant sept à huit points circonscrits, gros comme un pois ou comme une petite noisette, où le poumon était encore d'un rouge foncé, compacte, imperméable et finement granulé.

## ARTICLE III.

### Des abcès du poumon.

Pendant longtemps et jusqu'à la fin du dernier siècle, les médecins ont indiqué les abcès du poumon comme étant une terminaison très fréquente de la pneumonie. J. P. Frank (1) s'éleva l'un des premiers contre cette croyance et démontra qu'on prenait souvent pour des abcès pulmonaires des épanchemens

(1) *Epitome*, p. 152.

partiels dans les plèvres ou entre les lobes pulmonaires; opinion que confirmèrent plus tard les recherches de Bayle et de M. Cayol (1). Il faut ajouter encore que les anciens avaient souvent pris sur le cadavre, pour des abcès pulmonaires, le ramollissement d'une masse plus ou moins considérable de tubercules, et certaines formes de dilatation des bronches. Donnant dans un excès contraire quelques médecins ont été jusqu'à nier la possibilité des abcès pulmonaires. On a cité Bichat comme ayant professé cette opinion (2); mais j'ai vainement cherché dans les ouvrages de cet illustre physiologiste le passage sur lequel on s'est fondé pour l'accuser d'une pareille erreur.

Aujourd'hui les hommes les plus versés dans les recherches d'anatomie pathologique sont unanimes, pour regarder les véritables collections de pus dans le parenchyme pulmonaire comme possibles, mais aussi comme étant une des altérations qu'on a le plus rarement occasion d'observer. Ainsi Laënnec (3) affirme que sur plusieurs centaines d'ouvertures de péripneumoniques faites dans l'espace de plus de 20 ans, il ne lui est pas arrivé plus de 5 ou 6 fois de rencontrer des collections de pus dans un poumon enflammé. Dans un seul cas, le foyer purulent était assez considérable; car il pouvait admettre l'extrémité des trois doigts réunis, tandis que chez tous les autres sujets les abcès étaient peu volumineux et dispersés dans le tissu hépatisé. M. Chomel (4), dans le cours d'une longue pratique, n'a également rencontré que 2 fois des collections de pus dans le parenchyme pulmonaire. M. Andral (5) observa en 1819 un véritable abcès à la suite d'une pnemonie; mais il avoue que depuis cette époque il n'a jamais eu l'occasion de rencontrer la même altération. Enfin M. Louis qui, a ouvert un si grand nombre de cadavres et qui a exploré avec un soin si minutieux l'état de tous les viscères, m'a dit aussi n'avoir rencontré qu'un seul cas d'abcès pulmonaire. S'il m'était permis d'ajouter mon témoignage à celui des hommes expérimentés que je viens de citer, je dirais que depuis 10 ans que je fais des autopsies il ne

(1) *Bibliot. méd.*, t. 40, p. 264.

(2) *Bibliot. méd.*, t. LXV, Mémoire de M. Lallemand.

(3) Tom. I, p. 503.

(4) *Diction. de méd.*, 1re édit., t. 17, p. 239.

(5) *Cliniq.*, 4e édit., t. III, p. 467.

m'est arrivé qu'une fois de voir une collection purulente véritablement formée pendant la vie dans le tissu pulmonaire. Cependant plusieurs médecins étrangers ont émis des opinions qui sont contraires à celles des auteurs français que je viens de citer. Ainsi le docteur A. Crichton (1) et le professeur Himly de Gœttingue (2), ont prétendu que les abcès du poumon, loin d'être rares comme on l'a dit, se remarquaient au contraire dans plus de la moitié des pneumonies dont on avait négligé le traitement. Ces résultats différens dépendraient-ils d'une influence de climat, et faudrait-il en conclure que les pneumonies se terminent plus souvent par abcès, dans le Nord de l'Europe que dans notre pays, je ne le pense pas. J'ai interrogé à ce sujet des médecins qui pratiquaient dans la Finlande, dans la Suède, dans la Pologne prussienne et dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg, et il résulte de leurs témoignages que les abcès pulmonaires sont aussi rares dans leur patrie que chez nous. Enfin on peut se convaincre par les ouvrages les plus récens publiés en Angleterre sur les maladies de poitrine, qu'à Londres comme à Dublin les abcès pulmonaires sont une lésion peu commune (3). Cependant, il peut arriver que, sous l'influence d'une constitution médicale particulière, les abcès du poumon se montrent en plus grand nombre à certaines époques, de même qu'on voit d'autres fois en peu de temps beaucoup d'exemples de gangrènes pulmonaires; c'est ce que Laënnec paraît en effet avoir observé dans le courant de l'année 1823.

On a vu par ce qui précède combien il est rare de trouver le pus infiltré dans le parenchyme pulmonaire se réunir ensuite en foyer. Pour expliquer cette rareté, les uns ont invoqué la structure des poumons dont le parenchyme est formé d'élémens divers et résistans, et dont les vésicules pressées les unes contre les autres semblent se prêter un mutuel appui et cèdent ainsi plus difficilement à l'effort que fait la matière purulente infil-

(1) *Practical obser. on the treatment of the several varieties of pulmo. consomp.* p. 154. London, 1825.

(2) *Laënnec*, t. Ier, p. 305.

(3) Chambers, *Med. chir. Review*, new series, vol. VIII. p. 138, an. 1828 — *Cyclopedia of pract. med.* vol. III, art. Pneumonia. et Stokes *a treatise of diseases of the chest.*

trée pour se réunir en foyer. D'autres auteurs disent que si les abcès sont si rares dans les poumons, cela tient à la facilité avec laquelle le produit morbide peut être éliminé par les bronches. Je crois inutile de discuter ici la valeur de ces opinions. On verra plus tard que la rareté des abcès pulmonaires s'explique plus naturellement par l'importance de l'organe affecté qui ne donne pas le temps à la maladie de parcourir ses périodes ordinaires.

Mais ce sont là des questions que je ne puis traiter ici et qui trouveront plus naturellement leur place ailleurs, lorsque je tâcherai de déterminer toutes les circonstances individuelles ou extérieures qui peuvent favoriser la formation des abcès pulmonaires. Je ne veux m'occuper, pour le moment, que de la description anatomique des collections purulentes des poumons. Pour la faire le plus complétement possible, j'ai réuni 22 observations d'abcès pulmonaires; 4 m'ont été communiquées par MM. les docteurs Barth et Noël Gueneau de Mussy; les autres, à l'exception d'une seule que j'ai moi-même recueillie, sont consignées dans les recueils périodiques publiés en France et en Angleterre. Je dois avertir le lecteur que dans ce nombre je n'ai point compris les abcès pulmonaires dits métastatiques, que je veux examiner à part, ni les petites collections purulentes qu'on trouve quelquefois à la suite des pneumonies lobulaires, collections que j'ai déjà mentionnées, et dont je dirai encore un mot dans cet article. Je vais diviser les abcès du poumon en trois classes, suivant leur mode de production. Les uns sont le résultat d'une inflammation primitivement développée dans le tissu pulmonaire; je les nommerai *primitifs*. D'autres sont consécutifs, c'est-à-dire qu'ayant pris naissance dans un organe, plus ou moins éloigné, ils se sont peu à peu rapprochés du poumon, ont contracté des adhérences avec lui, l'ont enflammé et se sont ouverts dans son intérieur où le pus s'est creusé une poche plus ou moins vaste. Ce sont là, à proprement parler, des abcès *par congestion*, et que quelques pathologistes ont aussi nommés *perforans*. Enfin, la troisième classe des abcès pulmonaires sera formée par les abcès *métastatiques*, c'est-à-dire symptomatiques d'une infection purulente du sang.

§ I. — *Abcès pulmonaires primitifs.*

Le pus, d'abord infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, peut se réunir en un seul foyer ou en plusieurs petits foyers disséminés çà et là dans le lobe qui est frappé de ramollissement gris. Ces abcès offrent entre eux de grandes différences sous le rapport de l'étendue, de la profondeur à laquelle ils sont placés, de la quantité et de la qualité du pus qu'ils renferment, de l'état des parois qui les circonscrivent, etc. Lorsqu'un abcès d'une certaine étendue existe dans un poumon hépatisé, on ne tarde pas à reconnaître, en touchant ce viscère, qu'il y a un point qui est moins résistant que les autres. Neuf fois sur douze le foyer était sous-pleural, c'est-à-dire tout à fait superficiel; dans trois cas il était situé plus profondément; deux fois il occupait le centre même d'un des lobes. Si l'abcès est superficiel, il existe une fluctuation manifeste; la plèvre présente une couleur grisâtre, opaque, jaune ou rougeâtre, dépendant surtout des qualités du pus contenu dans le foyer. Lorsque la plèvre présente ainsi une couleur insolite, son tissu se trouve déja plus ou moins altéré; elle est alors communément amincie, ramollie, plus friable, ou bien, enfin, elle présente une véritable escharre. Dans ces cas, il suffit d'exercer une légère pression sur l'abcès ou d'imprimer une secousse au cadavre pour déchirer une paroi aussi frêle. Cette rupture peut avoir lieu spontanément pendant la vie par les progrès seuls de la maladie. Dans ce cas on trouve, à l'autopsie, les lésions propres à l'hydro-pneumo-thorax. Un fait de ce genre paraît avoir été observé en 1830, à la clinique de M. le professeur Chomel (1). M. Martin Solon a également rapporté une observation curieuse d'abcès pulmonaire (2), dans laquelle on voit que l'abcès menaçait de s'ouvrir à la fois dans la plèvre et dans le péricarde ou le médiastin; enfin, dans un troisième endroit il y avait une solution de continuité par laquelle le foyer purulent communiquait avec une espèce de kyste formé par des fausses membranes de récente formation, et qui avaient dû s'organiser lorsque l'abcès, devenu superficiel, avait enflammé la plèvre et produit une pleurésie partielle dans le voisinage. Dans quelques cas rares on a

(1) Sestier, *leçons de clinique*, p. 52.

(2) *Arch. gén. de Méd.*, t. 26, p. 81, année 1831.

trouvé la plèvre qui formait une des parois de l'abcès, opaque, évidemment épaissie, dure, comme fibreuse et froncée à sa surface.

L'abcès peut être très petit, n'avoir que 5 ou 7 millimètres; mais dans ces cas il est rare qu'on n'en compte pas plusieurs disséminés çà et là sur une petite surface, séparés tantôt par des parties de poumon tout-à-fait intactes, comme dans quelques cas de pneumonie lobulaire; d'autres fois les foyers purulens existent sur un lobe frappé d'hépatisation grise, comme M. le docteur Lombard de Genève en a rapporté un fait dans la *Gazette médicale* (1). On dit que ces petites collections purulentes, du volume, par exemple d'une petite noisette, se forment plus facilement chez les vieillards, à cause de la raréfaction du tissu pulmonaire à cet âge, et parce que les parois des cellules amincies se déchirent plus facilement que chez l'adulte. Quoi qu'il en soit, il est rare que les abcès du poumon aient moins de 3 centimètres en surface; ils en ont le plus souvent 12; il en est même qui sont plus vastes encore; ainsi, dans un fait cité par M. Pointe (2), le foyer avait 15 centimètres en hauteur et 6 en largeur. Si tout un lobe est envahi, l'excavation pourrait avoir plus de 18 centimètres.

En général, la cavité d'un abcès pulmonaire n'est pas régulière; elle est plus ou moins anfractueuse et inégale, elle est parfois traversée, sillonnée par des brides flottant dans l'intérieur du foyer, formées par des ramifications bronchiques ou vasculaires, encore reconnaissables, ou par des fragmens de tissu cellulaire ou pulmonaire infiltrés de pus, lésion sur laquelle je reviendrai plus tard. Les parois sont tantôt inégales, ramollies, formées uniquement et sans intermédiaire par du tissu hépatisé, à la surface duquel on peut voir l'orifice béant d'un nombre de bronches plus ou moins considérable.

D'autres fois, au lieu d'offrir la disposition que je viens d'indiquer, la cavité de l'abcès est tapissée par une fausse membrane qui s'organise avec une rapidité surprenante; c'est ainsi que chez l'individu dont j'ai recueilli l'histoire et qui succomba au septième jour, la cavité du foyer purulent, à part les parties les plus anfractueuses où le tissu pulmonaire était immédiatement baigné par le pus, présentait partout ailleurs une fausse

(1) Année 1835, p. 679.

(2) *Journ. gén.*, t. LXXXV, p. 295.

membrane grisâtre, ayant environ un demi-millimètre d'épaisseur, assez dense, élastique dans quelques points, tandis que moins avancée dans plusieurs autres, elle était molle, friable et se réduisait facilement par la pression des doigts en une matière pultacée, grisâtre et inodore. Laënnec, MM. Chomel, Stokes ont également rencontré des abcès enkystés. Mais il me serait impossible de dire en quelle proportion se montrent les abcès enkystés par rapport à ceux qui ne le sont pas; cela tient au défaut de description des auteurs. Je dirai pourtant que dans les cinq cas qui ont été recueillis par MM. Barth, Gueneau de Mussy et par moi, une fausse membrane a existé manifestement chez trois. Dans les cas qui se terminent d'une manière favorable, l'organisation d'une fausse membrane doit être le premier phénomène, puis la caverne se cicatrise suivant un mécanisme qui doit peu différer de celui que la nature emploie le plus souvent pour la guérison de certaines cavernes. M. Stokes en a peut-être donné un exemple dans l'observation que je rapporterai plus tard.

Il n'est pas rare de trouver les parois du foyer frappées de gangrène; elles sont alors remarquables par un détritus noir ou brun, pouvant s'étendre jusqu'à 2 ou 14 millimètres de profondeur, et exhalant l'odeur caractéristique à la gangrène. Cette complication paraît avoir été observée quatre fois dans les cas que j'analyse.

Les matières contenues dans le foyer sont très variables; leur abondance est généralement proportionnée à la capacité du foyer; leurs propriétés physiques diffèrent aussi beaucoup. Dans la moitié des cas, le pus était blanc, épais, inodore; il avait toutes les qualités d'un pus louable et franchement phlegmoneux. Ailleurs ce liquide était gris ou rougeâtre, floconneux, inodore ou fétide. On rencontre parfois mêlés au pus des fragmens opaques semblables à ceux qu'on trouve dans les abcès sous-cutanés, et qui ne sont autre chose que du tissu cellulaire mortifié comme dans un cas rapporté par M. le docteur Robert (1), où dans un foyer purulent pouvant loger le poing, on trouva un vaste lambeau flottant dans la poche; c'était évidemment un

(1) *Bulletin de la Société anat.* dans la *nouv. Bibliot. méd.* de 1828, t. I, p. 69.

morceau du poumon dont la trame celluleuse seule avait pu résister au travail de suppuration. D'autres fois on trouve dans le foyer une substance molle, infiltrée de pus, d'une odeur fade à laquelle l'on reconnaît encore une structure aréolaire, et qu'il est facile de reconnaître pour être un fragment de poumon que l'inflammation et la suppuration ont éliminé. M. Lallemand de Montpellier en rapporte un exemple (1). M. le docteur N. Gueneau de Mussy, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, a aussi recueilli un fait semblable qu'il a bien voulu me communiquer. Chez une vieille femme de la Salpétrière qui succomba à une pneumonie pendant l'hiver de 1836, on trouva le lobe supérieur du poumon gauche frappé d'hépatisation grise. Sur un point de sa surface, la plèvre présentait une tache jaunâtre, ovalaire, ayant environ 25 centimètres verticalement, et 15 transversalement. Une incision pratiquée à ce niveau fit pénétrer dans une cavité remplie de pus, pouvant loger une noix et au centre de laquelle existait une masse spongieuse, grisâtre, infiltrée de pus adhérant encore au reste de l'organe par des prolongemens cylindriques qui étaient formés par des vaisseaux oblitérés. Ce noyau spongieux fut facilement reconnu pour être un fragment du tissu pulmonaire lui-même; il était gris, mou, mais offrait encore une certaine ténacité et n'exhalait aucune odeur gangreneuse; cependant cette partie ne vivait plus, et il était naturel de regarder sa mortification comme ayant été produite par l'oblitération des vaisseaux. C'était une espèce de gangrène sèche du poumon.

Lorsque l'abcès a succédé à une cause traumatique, on peut encore trouver dans l'intérieur du foyer un ou plusieurs corps étrangers; d'autres fois ceux-ci existent dans un autre point plus ou moins éloigné de la collection purulente. C'est ainsi qu'on lit dans le *Journal d'Édimbourg* (2) qu'un os de poulet du poids de trois décigrammes ayant pénétré dans les voies aériennes par l'ouverture supérieure du larynx, il en résulta une série d'accidens qui emportèrent le malade, trois mois après l'introduction de ce corps étranger. A l'autopsie, celui-ci fut trouvé

(1) *Bibliot. méd.*, vol. LXV, observ. 2e de son *Mémoire sur les abcès pulmonaires.*

(2) *Med. and. surg. Jour.* vol. XXXV, 1831.

dans la bronche droite qui communiquait avec un vaste abcès du poumon correspondant, contenant 625 grammes d'un pus brunâtre et fétide.

L'abcès pulmonaire occupe presque toujours le centre d'une hépatisation rouge ou grise assez étendue pour pouvoir expliquer à elle seule la mort des individus. Ce fait est donc en opposition avec ce qu'on dit généralement que pour qu'une pneumonie se termine par la formation d'un abcès, il faut que l'inflammation soit bornée à un espace assez circonscrit.

La formation des foyers purulens du poumon et leur agrandissement doit se faire d'après le même mécanisme que pour les abcès des autres parties du corps, c'est-à-dire que tantôt il n'y a qu'un seul foyer qui s'étend peu à peu du centre à la périphérie; tantôt, au contraire, il existe des foyers d'abord isolés qui convergent les uns vers les autres en détruisant les cloisons qui les séparent. Une des observations que je dois à l'obligeance de M. Gueneau de Mussy est peut-être un fait de ce genre.

Il y a une variété d'abcès pulmonaire qu'on doit appeler *disséquant*, et dont jusqu'à présent il n'existe, je crois, qu'un seul exemple dans la science; il a été observé à l'hôpital de Dublin, par W. Stokes, et fut publié par ce médecin en 1833 (1). Un jeune homme ayant succombé à une pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, on constata à l'ouverture du cadavre que ce lobe, extérieurement, représentait un sac renfermant une matière dont la couleur jaune était très visible à travers la plèvre pulmonaire. En ouvrant cette espèce de sac, on trouva le tissu de ce lobe complétement disséqué et séparé de son feuillet pleural par la suppuration du tissu cellulaire sous-séreux. Le tissu cellulaire interlobulaire et intervésiculaire était également suppuré, et le pus avait opéré une dissection si complète des lobules et des vésicules que tout ce lobe était converti en un faisceau de petites grappes formées par les lobules et suspendus par leur pédicule bronchique dans la matière purulente. Ce fait, comme on le voit facilement, serait favorable à ceux qui prétendent que

(1) Dublin, *Journal*, mars 1833, n° 7.

l'inflammation dans la pneumonie a son siége dans le tissu cellulaire interlobulaire et intervésiculaire.

Les abcès pulmonaires que je viens d'étudier ont été observés à tous les âges. On a dit qu'ils étaient plus fréquens aux deux extrêmes de la vie. Ainsi la plupart des pneumonies observées chez le fœtus ont été caractérisées par de petites collections purulentes dans le tissu de l'organe (1). Cela se conçoit aisément pour eux si on réfléchit que pendant la vie intra-utérine les poumons sont, pour ainsi dire, des organes sans fonctions, et par conséquent on s'explique comment l'inflammation peut y parcourir toutes ses périodes avant d'amener la mort de l'individu.

M. Berton (2) a pensé aussi que la pneumonie lobulaire étant plus commune chez les enfans qu'à toute autre époque de la vie, cela expliquait pourquoi les abcès du poumon se rencontraient plus souvent chez eux que chez l'adulte. Cette opinion de M. Berton sur la fréquence des abcès pulmonaires dans l'enfance, ne s'appuie sur aucun fait positif; mais l'auteur, comme cela résulte de la lecture de son ouvrage, me paraît avoir dû prendre souvent pour des abcès du poumon des tubercules ramollis. Ce qui justifie cette accusation de ma part, c'est que les médecins qui ont étudié dans ces derniers temps la pneumonie chez les enfans depuis la naissance jusqu'à 16 ans, n'ont pas signalé les abcès pulmonaires comme étant très-fréquens à cet âge. MM. Rilliet et Barthez ont indiqué (3), au contraire, cette lésion comme étant assez rare à l'hôpital des enfans; Delaberge n'en parle pas dans son excellent mémoire; et M. Burnet (4) affirme même n'avoir jamais vu l'hépatisation lobulaire arriver au degré de la suppuration, résultat qui s'accorde avec ceux qu'avaient obtenus plusieurs années auparavant M. Léger, à Paris (5), et Cuming à Dublin (6). Enfin je termi-

(1) Chaussier, *Procès-verbal de la distribution des prix de la maternité*, année 1812, p. 62. *Bulletin de la Société anat.*, année 1837, page 277, 273 et 324. — Andral, *Anat. path.*, t. II, p. 555.

(2) *Traité des mal. des enf.*, Paris 1837, p. 195.

(3) *Loc. cit.*, p. 25.

(4) *Jour. hebdom.*, année 1833.

(5) *Thèse* citée, p. 53.

(6) Dublin, *Transactions*, vol. V, and *Med. chir. Review*. vol. XIII.

nerai par dire que parmi les vingt-deux faits d'abcès pulmonaire que j'ai réunis, un seul a été observé chez un enfant de quatre ans. Les autres ont été répartis de la manière suivante :

6 malades avaient plus de 70 ans.
4 avaient de 50 à 58 ans.
2 étaient âgés de 45 ans.
4 avaient de 31 à 36 ans.
2 avaient 16 à 25 ans.

L'âge n'a pas été indiqué chez les malades qui restent; il semble résulter de là que les abcès pulmonaires auraient été observés en plus grande proportion chez les adultes et surtout chez les vieillards. Toutefois, je n'ose rien affirmer; car le petit nombre d'observations sur lesquelles reposent mes résultats doivent m'inspirer une grande réserve dans mes conclusions.

*Siége.* — Les abcès se sont montrés en proportion à peu près égale dans l'un et l'autre poumon, puisque onze fois ils siégeaient à droite et dix fois à gauche. Suivant le docteur Stokes (1), les collections purulentes seraient plus fréquentes dans le lobe inférieur que dans le supérieur; mais ce résultat n'est pas conforme à celui que j'ai moi-même obtenu, puisque je trouve que sur dix-neuf cas d'abcès pulmonaires dans lesquels le siége de la collection purulente est bien déterminé, neuf occupaient le lobe supérieur, cinq le lobe inférieur, un le lobe moyen, enfin chez quatre il y avait des abcès multiples existant à la fois sur plusieurs lobes.

Après avoir décrit anatomiquement les abcès du poumon, je dois indiquer quelques-unes des circonstances qui en ont imposé quelquefois aux médecins et leur ont fait croire à des abcès pulmonaires qui n'existaient réellement pas. C'est ainsi, comme je l'ai déjà dit, qu'on a pris bien souvent pour des collections purulentes formées dans les poumons, de simples épanchemens développés entre les lobes de ces organes; mais il suffit d'être prévenu de cette circonstance pour éviter facilement l'erreur, pour peu qu'on mette de soin dans les recherches d'anatomie pathologique. Il est aujourd'hui presque inutile de prémunir les observateurs sur une ressemblance grossière qu'il y a entre des abcès

(1) *Loc. cit.*, p. 314.

du poumon et des bronches dilatées; il suffit d'inciser la bronche dans toute sa longueur pour éviter la méprise que je signale. Une caverne tuberculeuse peut simuler aussi un abcès du poumon, et réciproquement. C'est ainsi que la suppuration des poumons, que Dazile a décrite comme particulière aux nègres, n'est autre chose que la phthisie pulmonaire (1). Pour éviter la méprise dont je parle, il faut tenir compte de l'état des parois qui, dans les cavernes tuberculeuses, sont frappées d'une induration chronique, et tapissées par une membrane qu'on reconnaît pour être de date plus ou moins ancienne. Ces cavernes sont, en général, multiples. Enfin les parois comme les parties voisines contiennent un nombre plus ou moins considérable de tubercules crus ou ramollis, ou bien des granulations grises Dans quelques cas très rares il pourrait arriver pourtant, comme M. Louis en cite peut-être un exemple (2), qu'il n'existât qu'une seule excavation dans le poumon sans trace de tubercules, ou de granulations dans aucun point. La question, dans ces cas, est très difficile à juger, et pour sa solution on doit rechercher les lésions concomitantes, et s'éclairer souvent par la marche de la maladie et la nature des symptômes observés pendant la vie. Enfin, il est des abcès qui sont consécutifs à la mort, et qu'on forme facilement par la pression qu'on exerce sur certains points du poumon très ramollis, lorsqu'on fait effort pour l'extraire de la poitrine. Ces abcès, ainsi artificiellement formés, ne sont jamais entourés de fausses membranes; ils contiennent à la fois du pus et de la substance pulmonaire réduite en détritus. Cette collection occupe le point précis sur lequel les doigts ont appuyé fortement; enfin, dans des cas douteux il est souvent possible, en exerçant une semblable pression sur une autre portion du poumon affectée au même degré, d'y déterminer une collection purulente tout à fait semblable à la précédente. J'ai trouvé deux fois des abcès du poumon qui avaient été certainement produits suivant le mécanisme que j'indique ici. C'est surtout à M. le professeur Chomel que l'on doit la connaissance de ce fait, qui paraît s'être souvent reproduit sous ses yeux.

(1) *Observat. sur les maladies des nègres*, Paris 1776, p. 152.
(2) *Recherch. sur la Phthisie*, p. 28, obs. 3.

## § II. — *Abcès pulmonaires consécutifs ou par perforation.*

Les archives de la science contiennent un assez grand nombre d'exemples d'abcès des poumons, qui sont symptomatiques de l'altération d'un organe plus ou moins éloigné. C'est ainsi qu'on a vu des abcès primitivement formés dans le foie, dans la rate, les reins, les épiploons, dans les parois abdominales ou les médiastins ; enfin on a vu des abcès produits par une carie vertébrale se faire jour dans les poumons et y creuser des excavations plus ou moins nombreuses et profondes. J'ai réuni 11 faits de ce genre, épars dans les auteurs, et voici les considérations anatomiques qui résultent de leur étude et de leur comparaison.

Le poumon, au niveau de l'abcès, a contracté des adhérences avec les parties voisines, et dans une étendue plus ou moins considérable. Ainsi, lorsque c'est un abcès du foie qui s'est fait jour dans les bronches, on trouve le lobe inférieur du poumon droit uni au diaphragme par des adhérences plus ou moins anciennes (1). Si l'abcès est l'effet d'une maladie de la rate ou des reins, il siégera dans le lobe inférieur du poumon gauche, qui aura contracté avec le diaphragme les mêmes adhérences que précédemment (2). Les abcès des médiastins, ceux qui sont symptomatiques d'une carie vertébrale, peuvent s'ouvrir indifféremment dans l'un ou l'autre lobe, suivant la hauteur à laquelle est placée l'altération organique qui les a produits (3).

Le lobe du poumon dans lequel l'abcès intérieur s'est ouvert peut présenter une fluctuation manifeste si la collection purulente est placée superficiellement ou seulement à un travers de doigt de la surface, comme dans le cas rapporté par le docteur Kunde. D'autres fois, le lobe est hépatisé en totalité ou en

(1) Voir entre autres exemples Stokes. *Dis. of the chest*, p. 362 et 366. — Kunde de Berlin dans *Gaz. méd.* de 1837, p. 358. — Pepper, *the americ. Jour.*, febr. 1838. — Idem, 1837, etc.

(2) Lepneveu, *Thèse* inaugurale 1841. De Haën *Prat. med.* cen. I, § 5, p. 9. Thèse de *Othmarheer*, *dissertatio de renum morbis*, in-4°. — Halæ, 1790. — *Jour. de Vandermonde*, 1761.

(3) Doct. Foriep de Berlin, the *Medizinisch, zeitung*, *july* 1834 ; et Dublin *Jour.*, t. VII. *Jour. hebd.* 1829, t. XI, p. 99, par Sabatier. Stanius *Vochenscurift für*, *die gesammte Keilkunde*, 1836, n. 8.

partie. Cette induration est tantôt de date récente, et présente les caractères du deuxième ou du troisième degré de la pneumonie ; d'autres fois, comme dans une des observations de M. Stokes, le tissu pulmonaire induré est grisâtre, non granulé; altération qui indique que la maladie du poumon remonte déjà à une époque plus ou moins éloignée. L'abcès a une étendue variable. On a vu un lobe presque entier être converti en une vaste caverne. D'autres fois la cavité est moins ample ; elle pourrait loger une pomme ou un œuf seulement. Sa cavité contient une plus ou moins grande quantité de pus, dont les propriétés varient suivant une foule de circonstances et surtout d'après l'organe primitivement affecté et la cause qui a présidé au développement de l'abcès. Indépendamment de la matière purulente, on peut encore trouver dans le foyer des débris d'hydatides, des fragments d'os nécrosés, etc. Les parois de la caverne pulmonaire sont plus ou moins irrégulières ; 4 fois sur 6 elles ont été tapissées par une fausse membrane épaisse, résistante et même demi-cartilagineuse. On y voit différentes ouvertures en nombre plus ou moins considérable; les unes sont l'orifice des bronches, et ont ainsi permis au pus de l'abcès de s'évacuer au dehors pendant la vie. Les autres ne sont autre chose que les pertuis des trajets fistuleux, qui de l'intérieur des poumons vont aboutir aux organes où la suppuration a commencé par se faire; et il suffit de les suivre pour découvrir la lésion qui a été le point de départ de tous les accidens. En général, il existe une large communication entre la caverne pulmonaire et l'abcès primitif; qu'il y ait une ou plusieurs ouvertures, il est généralement facile de s'en assurer. Mais, dans les cas où l'état des tissus ou bien la ténuité des trajets fistuleux ne permettrait pas de les suivre dans tous leurs détours, on pourrait s'assurer que les deux cavités communiquent entre elles, par l'injection d'un liquide ou l'insufflation. Ainsi, dans le fait si remarquable rapporté par M. Lepneveu, où un abcès du rein gauche s'était ouvert dans le poumon correspondant, il suffisait d'introduire une sonde dans l'uretère, et de souffler ensuite pour faire à l'instant jaillir du pus par la bronche du même côté. Si après avoir versé de l'eau dans cette bronche, on continuait l'insufflation, on voyait aussitôt bouillonner le liquide qui était chassé du tuyau aérien.

En résumé, les abcès pulmonaires consécutifs ou par perforation diffèrent des abcès idiopathiques ou primitifs, 1° par leur volume généralement plus considérable; 2° par leur communication presque constante avec un ou plusieurs tuyaux bronchiques; 3° par la présence peut-être plus fréquente d'une fausse membrane, qui offre en même temps une dureté, une densité et une épaisseur beaucoup plus considérables; 4° par les matières contenues; le pus est en effet rarement phlegmoneux, et l'on peut trouver en outre dans le foyer, divers débris organiques; 5° enfin, par leur siége; car ils occupent plus souvent le lobe inférieur de l'un ou l'autre poumon, que les lobes opposés.

§ III. — *Abcès métastatiques.*

Il se forme fréquemment dans les poumons à la suite des phlébites et des résorptions purulentes des abcès circonscrits et en nombre plus ou moins considérable. Remarqués depuis longtemps par les chirurgiens, confondus par eux avec des tubercules dont la fièvre traumatique aurait déterminé la fonte rapide, leurs caractères, leur marche et leurs rapports avec la lésion primitive ont été parfaitement étudiés depuis quelques années par les pathologistes français, et en particulier par Dance (1), Maréchal (2), MM. Blandin (3), Cruveilhier (4) et Breschet (5). Ces abcès, en général multiples, sont disséminés le plus souvent dans les deux poumons à la fois; à l'inverse des tubercules ils commencent presque toujours par envahir le lobe inférieur, puisque sur onze sujets je n'ai rencontré aucune exception à cette règle. Situés communément à la surface de l'organe, immédiatement au-dessous de la plèvre, quelquefois profondément placés, ils donnent au doigt qui les presse la même sensation que les noyaux d'hépatisation lobulaire; leur coloration est noire, brune ou blanche, suivant leur degré de maturité. Leur point de départ est une ecchymose ou plutôt une vérita-

(1) *Archives*, t. XVIII et XIX.

(2) *Thèse* de 1828.

(3) *Thèses* de 1824, n° 216.

(4) *Anat. pathologique du corps humain*, 2e livraison, in-fol. fig. coloriées, et *Dict. de méd. et chirur. pratiques*. art. *Phlébite*, t. XII, p. 657.

(5) *Diction. de méd.*, art. *Phlébite*.

ble apoplexie capillaire sans déchirure des poumons, mais dans laquelle un sang noir se trouve intimement combiné avec les tissus. Il en résulte des noyaux durs, dont le volume varie entre celui d'une petite lentille et celui d'une grosse noix; ces noyaux présentent d'abord à la coupe une surface uniforme ou d'un noir un peu plus foncé au centre qu'à la périphérie; mais à une époque plus avancée, on découvre çà et là des points opaques et purulens qui deviennent de plus en plus manifestes et envahissent bientôt toute la surface; enfin le noyau se ramollit du centre à la circonférence, et finit par se convertir en un abcès, dont le pus est le plus souvent blanc, épais et phlegmoneux. On rencontre généralement chez le même sujet les différents degrés de l'altération que je viens de decrire. Le noyau est tantôt complétement transformé en abcès; d'autres fois la collection purulente n'existe que dans sa partie la plus centrale, tandis que les parois du foyer sont formées par l'induration noire dont j'ai parlé.

Le pus est le plus souvent en contact avec le tissu pulmonaire; d'autres fois il en est séparé par une membrane blanche, assez épaisse et résistante, qui l'enveloppe de toutes parts. Les parties voisines de l'abcès sont intactes dans la plupart des cas, ou du moins elles sont simplement engouées. Mais chez le 1[4 des sujets, j'ai remarqué une hépatisation rouge ou grise, sur une plus ou moins grande étendue. On a dit que, dans le premier degré d'infiltration sanguine, on avait parfois rencontré au centre de l'induration une ou plusieurs veinules remplies de pus. Lorsque l'abcès est tout-à-fait formé, il est encore possible, d'après M. Cruveilhier, de suivre des veines enflammées jusque dans leur voisinage et même dans leur cavité. Jusqu'à présent, je n'ai pu constater cette disposition, bien que je l'aie recherchée sur au moins vingt noyaux parvenus à différens degrés de développement. Il est inutile d'insister ici pour prouver que l'altération que je viens de décrire est de nature inflammatoire. Il ne pourrait y avoir du doute que pour le premier degré ou la période d'induration noire; mais le tissu est grenu et ramolli, et sa friabilité augmente à mesure que l'infiltration purulente devient plus manifeste.

Les abcès métastatiques du poumon s'accompagnent de pleurésie dans la moitié des cas; ils coexistent généralement aussi avec

des collections purulentes dans d'autres viscères ou à l'extérieur. Leur existence doit toujours porter à rechercher s'il n'y a pas quelque phlébite, et dans les cas où on n'en trouve point il ne faut pas en conclure qu'il n'en existe pas, attendu que cette altération peut n'occuper parfois qu'un point circonscrit d'une petite veine et échappe ainsi facilement aux investigations. Un grand nombre de phlébites passent aussi inaperçues parce qu'elles occupent les veines osseuses. Ce n'est point ici le lieu de discuter la valeur des théories qu'on a proposées pour expliquer le développement des abcès dont je viens de parler. Je dirai seulement que les expériences ingénieuses de M. le professeur Cruveilhier doivent nous porter à admettre qu'une certaine quantité de pus ayant pénétré dans le torrent circulatoire par suite d'une inflammation veineuse, n'est point éliminé; il agit alors comme un corps étranger, et a pour effet de produire dans les viscères parenchymateux, et dans les poumons surtout, je n'ose dire des phlébites capillaires, car la chose ne me semble pas encore prouvée, mais des inflammations circonscrites qui parcourent rapidement leur période et se terminent en peu de temps par la formation d'un abcès. Celui-ci constitue donc une maladie idiopathique. Beaucoup de personnes comparent les abcès que je viens d'étudier à la pneumonie lobulaire; mais ces deux ordres de lésions n'ont aucun rapport entr'elles; non-seulement elles sont essentiellement distinctes par la nature des causes qui président à leur développement, mais encore les caractères anatomiques sont tout à fait différens. En effet, la pneumonie lobulaire présente cette série de transformations qu'on observe dans les pneumonies ordinaires, et ce n'est que dans des cas fort rares qu'on la voit se terminer par des collections purulentes; tandis que dans les pneumonies métastatiques une hémorrhagie interstitielle semble être le point de départ, l'inflammation parcourt rapidement ses périodes, et amène presque nécessairement la formation de plusieurs abcès circonscrits.

## ARTICLE IV.

### De la gangrène.

Je n'ai jamais rencontré la gangrène des poumons à l'autopsie des individus qui avaient succombé à une pneumonie primitive. Cependant plusieurs auteurs ont rapporté des observations pour

prouver que l'inflammation pulmonaire a pu quelquefois se terminer par gangrène ; mais c'est là une question que j'examinerai plus tard avec beaucoup de soin, et je discuterai alors l'importance des faits qui ont été invoqués en sa faveur. Toutefois, je dois dire, dès à présent, qu'il n'est pas rare de voir une portion plus ou moins considérable des poumons présenter à la fois une gangrène et un ou plusieurs degrés de la pneumonie.

La gangrène existant dans un tissu pulmonaire qui est en même temps hépatisé, se présente avec des caractères différens. Ayant en effet étudié le rapport de chacune de ces altérations entre elles sur 18 individus, voici ce que j'ai observé. Sur tous ces sujets, la pneumonie était parvenue au deuxième ou au troisième degré; si, chez quelques-uns, il y avait aussi un peu d'engouement, il n'est pas bien prouvé qu'il fût de nature inflammatoire ; chez 14 de ces sujets la gangrène était au centre même de l'hépatisation ; 10 fois elle était caractérisée par un vaste foyer envahissant une grande partie d'un lobe ou même d'un poumon et rempli d'une bouillie, ou d'un détritus noirâtre ou d'un gris verdâtre qui exhalait l'odeur caractéristique de la gangrène. Dans plusieurs de ces cas, la destruction était tellement étendue que la forme propre au viscère n'aurait pu se conserver si la couche la plus extérieure du tissu pulmonaire, frappée d'hépatisation rouge ou grise dans une épaisseur de quatre à cinq millimètres, n'avait formé une sorte de coque enveloppant le foyer gangréneux (1).

Dans deux cas la gangrène était disséminée çà et là à la surface et dans l'épaisseur du tissu hépatisé ; elle se présentait alors sous forme d'eschares brunes, noirâtres, ou grises, offrant tantôt une certaine résistance, mais le plus souvent tombant en déliquium, et laissant de petites excavations noirâtres desquelles on faisait suinter un liquide noir ou bistre qui exhalait la même odeur fétide que précédemment. Enfin, sur 3 des individus dont je parle, l'hépatisation et la gangrène occupaient des points de poumon tout à fait opposés ou du moins assez éloignés les uns des autres, et séparés par un tissu entièrement sain, ou qui ne présentait qu'un peu d'engouement; comme si, dans

(1) Voir un fait de ce genre dans le t. I du *Jour. hebdom.* 1828, par M. Nicod. — Voir aussi dans un excellent travail M. Genest sur la *Gangrène des poumons*, l'observ. 3, *Gaz. méd.*, t. IV.

ces cas, les deux lésions paraissaient être indépendantes l'une de l'autre.

Nous avons vu précédemment que la gangrène avait été quelquefois observée sur les individus qui succombent avec des abcès pulmonaires. On se rappelle que, dans ces cas, la mortification frappe les parois du foyer dans une étendue plus ou moins considérable, ou bien c'est un fragment même du poumon, qui, isolé des parties voisines par le travail de suppuration, finit par se séparer complétement. Nous avons déjà noté l'une de ces deux formes de gangrènes chez le cinquième ou le sixième des individus morts à la suite d'abcès primitifs. La même complication a aussi existé plusieurs fois dans les abcès par perforation. Mais je ne l'ai jamais rencontrée dans les cas d'abcès métastatiques qui, de toutes les collections purulentes des poumons, me paraissent être celles qui se compliquent le plus rarement de gangrène.

Ayant sur les causes et la nature de la gangrène pulmonaire, à peu près les mêmes opinions que Laënnec, je ne dois point m'étendre plus longuement sur les variétés que cette altération présente en anatomie pathologique. Je n'ai voulu déterminer que la manière dont la gangrène et l'hépatisation se comportent entre elles quand elles existent sur le même poumon. Nous avons vu que, dans la presque totalité des cas, ces deux ordres de lésions étaient réunies sur le même espace et souvent confondues entre elles. Mais pour déterminer si c'est la pneumonie qui a produit la gangrène, ou si, au contraire, c'est l'escharc qui a déterminé l'inflammation des poumons, l'anatomie pathologique est impuissante pour le décider ; et, dans la solution de ce problème, il faut s'éclairer par la succession des symptômes et la marche de la maladie.

Il est une altération des poumons, consécutive à la phlegmasie des organes, que j'ai dû rapprocher de la gangrène, mais sur la nature de laquelle je ne suis pas encore fixé suffisamment. Chez un individu qui mourut au neuvième ou dixième jour d'une pneumonie droite, je trouvai la plus grande partie du poumon frappée d'hépatisation rouge et grise ; mais au centre même du lobe inférieur existait un point d'une étendue de quatre ou cinq centimètres, qui, par sa couleur acajou et noirâtre, tranchait assez brusquement avec la teinte grise des parties voisines. Dans

ce même point, la substance du poumon était convertie en une sorte de pulpe inorganique sans mélange de caillots sanguins; elle n'exhalait aucune *espèce d'odeur*, s'échappait facilement sous un filet d'eau, et laissait à sa place une excavation irrégulière de deux centimètres de profondeur, dont les parois, imprégnées d'une couleur noirâtre, présentaient un grand nombre de filamens cellulo-vasculaires. Cette altération n'avait pas les caractères d'un foyer apoplectique; elle différait aussi de la gangrène par l'absence totale de l'odeur caractéristique. Cependant je crois qu'il faut considérer ce ramollissement comme une espèce de mortification du tissu pulmonaire, comparable à certains ramollissemens des centres nerveux. Une pareille lésion me paraît excessivement rare; je ne l'ai encore rencontrée qu'une seule fois. Elle offre, d'ailleurs, beaucoup de ressemblance avec celle qui a été décrite par MM. Cruveilhier et Duplay. Le premier de ces auteurs rapporte (1) que, dans plusieurs cas de pneumonies adynamiques terminées par la mort, il avait trouvé à l'autopsie un ramollissement particulier du tissu pulmonaire. Celui-ci était alors converti en une pulpe inorganique offrant la couleur, la consistance, l'aspect de la boue, mais n'exhalant aucune odeur fétide. Les parties voisines étaient imbibées de pus ou d'un liquide grisâtre. M. le professeur Cruveilhier paraît regarder cette altération comme différant de la gangrène ; c'est d'après lui un ramollissement tout particulier du tissu pulmonaire. Dans le fait rapporté par M. le docteur Duplay (2), il s'agit d'une femme qui, ayant succombé au huitième jour d'une pneumonie, présenta à l'autopsie une hépatisation grise encore incomplète des lobes inférieur et moyen. A la base du lobe inférieur, la plèvre, séparée du poumon, formait une espèce d'ampoule qui, incisée, laissa échapper un liquide d'un gris sale. Le parenchyme, dans ce point, était profondément altéré ; il était ramolli, grisâtre et comme macéré, lorsqu'on y versait de l'eau, on voyait le détritus du tissu pulmonaire former des filamens qui flottaient au milieu du liquide. Ce ramollissement n'offrait point l'odeur de la gangrène. M. Duplay le regarda aussi comme étant d'une nature particulière.

(1) *Anatom. path.*, 32e liv. in-fol., fig. coloriées.

(2) *Archives*, 2e série, t. I, p. 161.

Après avoir exposé les caractères anatomiques de la pneumonie et les variétés qu'ils présentent, je dois, avant de passer à l'étude de l'état chronique, exposer les autres altérations viscérales qui compliquent le plus souvent les phlegmasies pulmonaires.

## ARTICLE V.

### Lésions concomitantes de la pneumonie aiguë.

### § I. — *État des plèvres.*

La plèvre participe presque toujours à l'inflammation du poumon ; c'est ainsi qu'ayant noté l'état de cette membrane sur trente-cinq sujets, j'ai trouvé chez trente-trois une pleurésie plus ou moins étendue. Deux fois seulement la plèvre fut trouvée parfaitement intacte, quoique la pneumonie ne fût point centrale et qu'elle eût envahi les couches les plus superficielles de l'organe. En général, la pleurésie était limitée aux points occupés par la pneumonie. On voyait à ce niveau la plèvre viscérale tapissée par une ou plusieurs fausses membranes plus ou moins épaisses; je les ai trouvées plusieurs fois tellement minces et transparentes, qu'elles eussent facilement passées inaperçues si on n'eût gratté avec l'ongle la surface du poumon, ce qui suffisait pour les détacher. En général, indépendamment de ces fausses membranes qui font souvent adhérer faiblement les deux surfaces contiguës de la plèvre, on trouve encore, dans la cavité de cette membrane, une ou plusieurs cuillerées d'une sérosité trouble, ou bien quelques flocons albumineux. Sur trois cadavres j'ai vu la pleurésie s'étendre beaucoup au-delà des limites de la pneumonie ; une fois elle était générale et avait produit un épanchement séro-albumineux très abondant.

Il résulte des relevés publiés par quelques auteurs, qu'aux deux extrêmes de la vie la pleurésie accompagne moins souvent la pneumonie que dans l'âge adulte. Ainsi MM. Hourmann et Dechambre, ayant décrit l'état de la plèvre dans soixante cas de pneumonies mortelles, ont trouvé vingt-deux fois seulement des traces d'une pleurésie récente (1). Chez les enfans la proportion des pleurésies est moins considérable encore. Le docteur Cuming dit en effet que, dans toute la période de l'enfance,

(1) *Archives*, t. X, 2e série, p. 296.

il avait rarement trouvé la plèvre participant à l'inflammation des poumons (1), mais cet auteur ne justifiant son opinion par aucun résultat numérique, on pouvait douter de son exactitude si elle n'eût été confirmée par les observations de MM. Valleix et Vernois. Ces médecins ont vu que, sur 123 cas de pneumonie chez des enfans âgés de moins de 8 mois, il n'y en avait que 20, c'est-à-dire moins d'un sixième, chez lesquels l'inflammation de la plèvre fût réunie à celle du poumon. Ces résultats sont donc en opposition avec les idées de Dugès, qui prétendait que l'hépatisation existait presque toujours avec la pleurésie (2). Chez les enfans plus âgés, au-dessus de 2 ans par exemple, la pleurésie se rencontre un peu moins rarement, comme cela résulte surtout des recherches de MM. Rilliet et Barthez.

## § II. — *De l'état des bronches.*

L'examen des bronches nous offre à considérer : 1° le calibre de ces conduits ; 2° la coloration, l'épaisseur et la consistance de la membrane muqueuse qui les revêt ; 3° les liquides ; 4° enfin les fausses membranes contenues dans leur cavité.

1° *Calibre.* J'ai noté le calibre des bronches sur 18 sujets, et dans aucun de ces cas elles n'étaient dilatées. Laënnec, MM. Andral, Chomel, Hourmann et Dechambre ne paraissent pas non plus avoir observé, du moins fréquemment, la dilatation des bronches chez les adultes et les vieillards qui succombèrent à une pneumonie aiguë. Cependant, il y a quelques années le docteur Ward, médecin du dispensaire de Birmingham, a publié (3) quelques recherches pour prouver que l'inflammation avait quelquefois pour résultat de produire la dilatation des bronches qui sont dans les portions hépatisées. L'auteur cite trois observations en faveur de son opinion. Dans la première il s'agit d'une petite fille de 15 mois qui fut brûlée au commencement de 1836 : depuis lors elle cessa de jouir d'une bonne santé ; elle mourut d'une pneumonie dans le courant d'avril ; l'autopsie montra une hépatisation du lobe inférieur ; les bronches offraient dans les points les plus enflammés, une dilatation générale telle que la sonde

(1) *Obser.* on *the perip. of children*, Dublin trans., v. 5.

(2) *Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfants nouv.-nés. Thèse* de 1821, n° 64, p. 27.

(3) *The London medical Gazette*, 1838.

pénétrait aisément dans toute leur étendue, jusqu'au-dessous de la plèvre ; dans les autres portions du poumon où l'inflammation avait été moins vive, les bronches étaient beaucoup moins dilatées.

Un deuxième enfant, âgé de huit ans, mourut d'une pneumonie rubéolose; les deux poumons étaient hépatisés à leur base, et au niveau des points les plus altérés les bronches étaient généralement dilatées. Enfin la troisième observation publiée par M. Ward est relative à un enfant scrofuleux âgé de trois ans, qui mourut avec des symptômes de gangrène pulmonaire. L'autopsie fit constater des points gangreneux à la partie supérieure du poumon droit; les parties postérieures inférieures étaient hépatisées et les bronches correspondantes dilatées. Mais ces faits ne prouvent pas qu'il y ait eu une corrélation directe entre la pneumonie et la dilatation bronchique. D'ailleurs quelques autres détails anatomiques eussent été nécessaires ici pour déterminer si l'altération des bronches était récente ou ancienne. Quoi qu'il en soit, les recherches de MM. Rilliet et Barthez sont venu confirmer l'opinion du docteur Ward. Ces auteurs signalent en effet la dilatation des bronches comme une altération fréquente chez les sujets qui succombent à la pneumonie, puisqu'il l'ont rencontrée sur plus du quart des cadavres ; cette dilatation se présentait sous deux formes distinctes affectant tantôt le trajet du canal, d'autres fois bornée à ses extrémités.

Les bronches dilatées occupaient parfois une grande portion du poumon : d'autres fois l'altération était très circonscrite; mais toujours, sauf dans un cas, ces bronches étaient au centre d'un tissu hépatisé ou carnifié.

Cette dilatation des rameaux bronchiques, dont MM. Rilliet et Barthez ont rencontré de si fréquens exemples, était-elle consécutive à la pneumonie, ou bien a-t-elle précédé de longtemps cette dernière affection. Il est difficile de résoudre cette question ; toutefois si on réfléchit qu'à l'exception de deux cas, les parois des bronches dilatées n'avaient subi aucun épaississement, il est rationnel de supposer que cette dilatation datait de peu de temps, et qu'elle a dû se faire pendant le développement de la pneumonie elle-même. En supposant ce fait démontré, dirons-nous, avec le docteur Ward, que l'augmentation dans le calibre

des bronches dépendait d'un ramollissement morbide des tissus, par cela seul qu'elle n'existait que dans la portion du poumon hépatisée? Rien ne saurait justifier cette supposition. MM. Rilliet et Barthez trouvent plus rationnel d'expliquer l'ampliation des bronches d'une manière toute mécanique, par la sécrétion abondante et le séjour prolongé des mucosités purulentes dans l'intérieur des canaux bronchiques. Cette manière de voir a quelque fondement. Il ne faut pas oublier en effet que tous les cas de dilatation bronchique dont nous venons de parler ont été observés chez des enfans, dont la pneumonie, comme nous le verrons plus tard, est souvent précédée de bronchite capillaire. Or, il résulte des recherches publiées récemment par M. le docteur Fauvel (1), que chez tous les enfans qui succombent à cette dernière maladie, on trouve que le calibre des bronches a subi une dilatation générale à partir des divisions moyennes ; ce qui s'explique par la grande quantité de liquide qui s'accumule incessamment dans l'arbre bronchique et qui est difficilement expulsée, à cause de l'épuisement des forces. Ainsi je conclus de ce qui précède que dans les cas où la dilatation des bronches qu'on trouve dans les parties hépatisées chez les enfans n'est pas l'effet d'une maladie antérieure, on doit l'attribuer bien moins à la pneumonie qu'à la bronchite capillaire, qui dans le jeune âge précède ou complique la plupart des phlegmasies des poumons.

Après la dilatation des bronches je dois dire un mot de celle des vésicules.

Un anatomiste moderne a prétendu que lorsque le parenchyme pulmonaire devenait inperméable comme dans la pneumonie, etc., un emphysème survenait inévitablement, et que cette lésion secondaire était toujours proportionnée à l'étendue du poumon devenue impropre à la respiration Je regrette de ne pouvoir soumettre cette opinion à l'analyse des faits, attendu que je n'ai pas suffisamment décrit à l'autopsie l'état des vésicules pulmonaires.

Toutefois l'opinion dont je parle mérite d'autant mieux d'être examinée que l'emphysème vésiculaire paraît ne pas être très rare sur le cadavre des enfans morts de pneumonie ; mais dans ces derniers cas, il serait important de rechercher si la

(1) Thèse de 1840 *Sur la bronchite capillaire*, p. 40.

dilatation des vésicules se remarque indistinctement dans toutes les espèces de pneumonie de l'enfance ou bien seulement dans celles qui sont consécutives aux bronchites capillaires.

2°. *Coloration, épaisseur, consistance de la membrane muqueuse.* Dans les douze cas où j'ai examiné la membrane muqueuse celle-ci était d'un rouge obscur, bleuâtre ou vineux. Cette coloration commençait généralement à la bifurcation de la trachée, et elle était d'autant plus foncée qu'on s'approchait davantage des dernières ramifications bronchiques. Ces rougeurs étaient irrégulières et formées par des arborisations fixes, ou bien elles étaient uniformes, et dans ces cas elles étaient souvent produites par les tissus subjacens; si alors on détachait la membrane muqueuse on la trouvait grisâtre ou tout à fait pâle. Elle ne m'a jamais paru ni boursoufflée, ni épaissie, ni amincie ; une seule fois elle était un peu friable au niveau des parties malades. Toutefois cette partie de mes recherches laisse beaucoup à désirer ; je me suis contenté en effet d'apprécier la consistance de la muqueuse en la grattant avec l'ongle : il eût été préférable sans doute de former des lambeaux ; mais il est assez difficile d'en obtenir, surtout dans les petites bronches. MM. Rilliet et Barthez ont éprouvé le même embarras ; d'ailleurs ils paraissent avoir rarement constaté le ramollissement de la muqueuse des bronches. Celle-ci paraît être également intacte chez la plupart des enfans nouveau-nés qui succombent à la pneumonie ; c'est ce qui résulte du moins des recherches de M. Valleix. M. Vernois n'a trouvé que 13 sujets sur 104, chez lesquels il y eût des altérations appréciables des bronches. Elles consistaient en une rougeur et une friabilité notable de la muqueuse; les mêmes lésions se rencontraient dans la trachée (1). Ainsi donc l'ouverture des cadavres des sujets qui ont succombé à une pneumonie ne révèle l'existence d'une bronchite bien réelle que dans des cas assez rares. Je ne saurais donc partager l'opinion de M. Andral qui regarde la phlegmasie des bronches comme accompagnant constamment l'inflammation du parenchyme pulmonaire (2); la rougeur plus ou moins intense de la muqueuse que M. Andral signale comme constante ne peut

(1) *Cliniq. des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, p. 72.
(2) *Cliniq.*, 4e édit. t. III, p. 472.

à elle seule caractériser une phlegmasie; pour que celle-ci soit certaine, il est nécessaire que le tissu membraneux ait subi quelque modification importante dans sa consistance ou son épaisseur. La rougeur existant seule, ne peut indiquer qu'un état de congestion active ou passive.

3° *Liquides.* — Les bronches contiennent le plus souvent une plus ou moins grande quantité de liquide ou de mucus blanchâtre ou coloré. Mais mon attention a été rarement fixée sur ce point, ou du moins je n'en ai pas suffisamment tenu compte dans mes notes. Il paraît, toutes choses égales d'ailleurs, que ces liquides sont beaucoup plus abondans chez les enfans et les vieillards que chez l'adulte. Chez les premiers ils produisent peut-être la dilatation des bronches qu'on a fréquemment rencontrée chez eux. Chez quelques vieillards la quantité des liquides bronchiques est tellement considérable qu'ils obstruent tous les canaux aériens et refluent assez souvent jusque dans l'arrière-gorge. La présence des mucosités, leur abondance indique-t-elle l'existence d'une inflammation des bronches? S'il est vrai de dire que les bronchites capillaires s'accompagnent presque toujours d'une accumulation assez considérable de liquides séreux dans les voies aériennes, il faut convenir aussi que fréquemment les mucosités existent en grande quantité sans qu'à l'autopsie on puisse constater l'existence d'une phlegmasie de la muqueuse. D'ailleurs il est bien prouvé aujourd'hui qu'une supersécrétion n'est pas nécessairement subordonnée à un état phlegmasique. Je dirai aussi que fréquemment on ne trouve les mucosités en aussi grande abondance dans les tuyaux aériens que parce que l'expectoration a cessé de se faire dans les derniers jours de l'existence, à cause de la faiblesse des malades. C'est ce qui explique en partie pourquoi les liquides bronchiques sont plus abondans chez les enfants et les vieillards.

4° *Fausses membranes.* — Je n'ai jamais rencontré de fausses membranes dans la cavité des bronches. Cependant quelques auteurs en ont rapporté plusieurs exemples. Aussi Lobstein, dans un travail qu'il a inséré dans les *Archives médicales de Strasbourg* (1), dit que, dans le troisième degré de la pneumonie, il avait fréquemment trouvé les bronches bouchées par une substance couenneuse, solide dans les gros rameaux, et quelquefois creuse dans

(1) N° 1er, mars 1835, p. 9.

les petits, d'où on pouvait l'extraire sous forme de tubes. La muqueuse bronchique était manifestement enflammée dans les points correspondans. M. le docteur Reynaud parle également (1) d'une matière plastique pouvant exister dans les bronches d'un petit calibre, s'y présentant sous la forme de cylindres solides, dont l'effet est d'en déterminer la complète oblitération. Ce genre d'altération, quand il a son siége dans les très petites bronches, et qu'un grand nombre d'entre elles se trouvent simultanément affectées, constitue; d'après M. Reynaud, une forme particulière de pneumonie. Enfin, M. le docteur Nonat a réuni dix observations de pneumonies compliquées de fausses membranes dans les bronches, et qui furent recueillies dans les hôpitaux de Paris pendant l'épidémie de grippe de 1837. Ces concrétions étaient libres ou adhérentes dans les bronches des lobes hépatisés, et présentaient pour la plupart les caractères physiques et chimiques des fausses membranes du croup bronchique (2).

La présence de concrétions polypiformes ou membraneuses dans les bronches est une lésion fort rare dans la pneumonie. Si parfois elle s'est montrée plus fréquemment que de coutume, elle se liait ordinairement à quelque influence spéciale de constitution médicale ou épidémique. Elle ne constituait d'ailleurs qu'une complication.

### § III. — *État des ganglions bronchiques.*

Je n'ai examiné l'état des ganglions bronchiques que sur neuf cadavres; et, chez sept, j'ai constaté qu'ils étaient le siége de quelque altération récente. Ainsi, leur volume était plus considérable, ils étaient plus ou moins ramollis, friables, parfois diffluens; plusieurs fois il avaient une couleur rouge ou lie-de-vin, ou bien ils étaient nuancés de rose, de gris et de noir, suivant la quantité de matière colorante pulmonaire qui les avait pénétrés. Une seule fois j'ai reconnu du pus infiltré dans leur parenchyme, mais jamais ce liquide n'a été réuni en un seul foyer de manière à former un abcès. Dans un cas je n'ai trouvé qu'un seul ganglion altéré; dans tous les autres on en

(1) *Dictionnaire* en 25 vol., t. VI, p. 28. — *Mém. de l'Acad. royale de Médecine*, Paris, 1835, t. IV, p. 136.

(2) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. II, p. 214.

comptait plusieurs, et l'altération était généralement parvenue dans chacun d'eux à des degrés différens. MM. Rilliet et Barthez ayant également examiné l'état des glandes bronchiques chez les enfans morts de pneumonie, les ont souvent trouvés volumineux, ramollis, rouges ou pâles. Il est inutile d'insister pour prouver que l'altération des ganglions bronchiques que je viens de décrire est produite par un travail inflammatoire. C'est une inflammation symptomatique de la pneumonie, analogue à ees engorgemens douloureux que nous observons si souvent à l'extérieur dans les ganglions superficiels qui reçoivent les vaisseaux blancs arrivant des parties enflammées. La phlegmasie des ganglions bronchiques marche en général beaucoup plus lentement que l'inflammation du tissu pulmonaire : c'est ce qui explique pourquoi, même lorsque la pneumonie est arrivée au troisième degré, on trouve si rarement du pus, même à l'état d'infiltration, dans la glande bronehique. Cependant, dans quelques cas exceptionnels le travail de suppuration peut marcher plus vite, et un véritable abcès avoir lieu. Ainsi, M. le docteur Fauvel rapporte que, chez un enfant mort de pneumonie, il avait trouvé les ganglions bronchiques généralement volumineux, rougeâtres ou un peu jaunâtres et ramollis: l'un d'eux, placé à la racine du poumon droit, à l'angle rentrant de la bifurcation des bronches, était converti en un foyer purulent qui simulait un abcès ou une caverne pulmonaire, d'autant mieux que le tissu pulmonaire environnant était hépatisé. D'ailleurs, aucun ganglion ni aucun autre organe ne contenait de matière tuberculeuse (1).

### § IV.— *État du cœur et des gros vaisseaux.*

La consistance du cœur, la quantité plus ou moins considérable de sérosité épanchée dans le péricarde, n'ayant pas été notée, ou ne l'ayant été que vaguement, je n'en parlerai pas, mais j'étudierai avec quelques détails l'état du sang qui est contenu dans le cœur et les gros vaisseaux.

Dans le cœur de tous les cadavres des sujets morts de pneumonie, j'ai trouvé constamment du sang en quantité plus ou moins considérable, tantôt fluide, le plus souvent coagulé et formant des caillots, les uns noirs, mous et friables, les autres

(1) *Arch.*, 5[e] série, t. VII, p. 77.

jaunâtres, denses, élastiques et glutineux. A l'exception de deux individus chez lesquels les cavités du cœur avaient subi une grande distension par l'effet de l'accumulation des caillots, je n'ai pas observé que sur les cadavres des pneumoniques l'organe fût sensiblement plus volumineux que sur les sujets emportés par d'autres maladies aiguës étrangères au poumon.

Parmi les vingt-cinq individus dont je parle il en est cinq dont les cavités du cœur ne contenaient plus de sang fluide; mais elles étaient plus ou moins distendues par des caillots décolorés, jaunâtres, fibrineux, élastiques, un peu humides pour la plupart, adhérens aux parois des ventricules et des oreillettes ou entortillés entre les colonnes charnues et les tendons des valvules. Ils étaient toujours plus abondans et plus volumineux dans les cavités droites que dans les cavités gauches: ils se prolongeaient parfois dans les veines pulmonaires, dans les veines caves, mais surtout dans l'aorte thoracique et dans l'artère pulmonaire; chez trois cadavres, ayant poursuivi les ramifications de ce dernier vaisseau dans les poumons, je les trouvai pour la plupart obstruées par des caillots de même nature que les précédens et dont quelques-uns adhéraient assez fortement aux parois. Sur quatre autres cadavres les caillots étaient aussi volumineux que précédemment; mais ils étaient pour la plupart noirs, mous, et se laissaient facilement diviser à la moindre pression; toutefois on rencontrait aussi chez tous ces sujets quelques concrétions fibrineuses et décolorées, qui étaient généralement appliquées sur les parois ou entortillées autour des colonnes charnues, et qui se propageaient à l'origine des gros vaisseaux artériels. Sur quinze cadavres, c'est-à-dire chez les trois cinquièmes, le sang trouvé dans le cœur était noir, fluide ou réuni en caillots noirâtres, mous et friables, sans aucun mélange de caillots fibrineux. Enfin un seul cadavre n'a présenté aucun caillot, ni dans le cœur ni dans les principaux vaisseaux; le sang était partout fluide.

L'aorte, les cavités du cœur ont été examinées avec soin dans tous les cas qui précèdent, et jamais, même lorsque les caillots adhéraient fortement à la membrane interne, celle-ci n'a présenté aucune modification d'épaisseur ou de consistance.

L'âge, le sexe des malades, le siége, le degré de la pneumonie; l'époque plus ou moins avancée de la mort; le traitement

mis en usage, n'ont paru exercer aucune influence sur l'aspect du sang contenu dans le cœur. Il n'y a même pas eu de rapport constant entre l'état du sang tiré pendant la vie et celui qui existait après la mort dans les gros vaisseaux et dans le cœur. C'est ainsi que sur onze des individus dont les caillots contenus dans le cœur étaient noirâtres et mous, il y en avait neuf dont le sang extrait de la veine et souvent à une époque voisine de la mort, avait présenté un caillot dense, et s'était recouvert d'une couenne inflammatoire, épaisse et consistante. Dans deux cas seulement le sang des saignées avait été mou, diffluent et à peine couenneux. Chez les sujets qui présentèrent les caillots fibrineux, denses, élastiques, dont j'ai parlé en premier lieu, le sang tiré de la veine pendant tout le cours de la maladie avait toujours présenté un coagulum épais, dense et couenneux. La forme de la maladie paraît avoir quelque influence sur l'aspect du sang. Ainsi tous les malades, au nombre de six, qui ont succombé avec des symptômes typhoïdes très marqués ou pendant la constitution grippale de février 1837, ont présenté dans le cœur des caillots exclusivement noirs et mous, mêlés rarement à quelques portions jaunâtres, denses et fibrineuses. Pour connaître l'influence que la pneumonie pouvait exercer sur l'aspect du sang contenu dans le cœur, j'ai examiné quel était l'état de ce fluide chez ceux qui avaient succombé à d'autres affections. Ainsi chez un peu moins de la moitié des individus qui sont morts de fièvres typhoïdes, le sang a présenté des caillots fibrineux plus ou moins rares; constamment ils étaient unis à des caillots noirs peu consistants. Chez plus de la moitié des cas le sang était fluide ou ne présentait que quelques grumeaux noirâtres. Sur vingt femmes qui succombèrent à la péritonite puerpérale je trouvai du sang noir et fluide dans le cœur chez huit; sur un nombre égal on trouvait aussi une certaine quantité de caillots noirs et mollasses; enfin ce ne fut que sur trois cadavres que je rencontrai quelques caillots fibrineux et denses; mais ils existaient exclusivement dans l'oreillette droite, sans adhérer à ses parois; du sang fluide était contenu dans les autres cavités. J'ai obtenu le même résultat chez les sujets emportés par des fièvres éruptives. Il en fut à peu près de même pour huit sujets qui ont succombé rapidement, sans fièvre, à des maladies cérébrales; les caillots trouvés

dans le cœur étaient volumineux, mais ils étaient en grand partie noirs et mous. Enfin parmi les maladies chroniques qui ont amené la mort sans exciter de mouvement fébrile, du moins considérable, les affections organiques du cœur sont celles qui présentèrent à l'autopsie les caillots les plus abondans; mais sur vingt-deux cadavres que j'ai examinés, un seul a offert les caillots denses; fibrineux, sans mélange de caillots noirs, tandis que chez tous les autres sans aucune exception les premiers étaient rares en comparaison des seconds.

On peut se convaincre par ce qui précède que de tous les individus qui succombent aux diverses maladies aiguës ou chroniques dont j'ai parlé, ceux qui meurent de pneumonie sont les seuls qui présentent à peu près constamment des caillots dans le cœur ou les gros vaisseaux, puisque, en effet, nous ne les avons vu manquer qu'une seule fois sur vingt-cinq. Chez dix-neuf les caillots étaient entièrement noirs et mollasses, ou bien ils étaient mêlés à quelques concrétions fibrineuses, et sous ce rapport il n'y avait pas une bien grande différence entre les sujets morts de pneumonie et ceux qui avaient succombé à d'autres maladies. Mais dans un cinquième des cas les caillots trouvés dans le cœur furent tout-à-fait décolorés, denses, élastiques, entortillés entre les colonnes charnues ou adhérens aux parois; disposition que j'ai rencontrée sur quelques sujets morts d'autres maladies; mais je n'ai jamais vu ces concrétions aussi marquées ni en proportion aussi grande que dans la pneumonie.

Ainsi se trouve confirmée l'opinion émise par Burserius (1), savoir que la pneumonie doit être regardée comme une cause des concrétions polypeuses du cœur. M. Bouillaud (2) a dit qu'on devait poser, en loi d'anatomie pathologique, que les concrétions sanguines existaient constamment chez les sujets qui succombent à une pleuro-pneumonie aiguë, franche, bien caractérisée et parvenue à son 2e ou 3e degré. Si par concrétion sanguine, M. Bouillaud avait voulu désigner indistinctement tous les coagulum noirs ou jaunes, mous ou denses, qui peuvent se former dans les cavités du cœur, la loi pourrait être

(1) *Inst. medicinæ*, tom. IV, p. 235.

(2) *L'Expérience*, t. III, p. 345. — *Traité cliniq. des mal. du cœur*, 2e édition, Paris, 1841, t. II, pag. 716.

peut-être vraie, quoique on pût reprocher à l'auteur de l'avoir établie d'après un trop petit nombre de faits, et de n'avoir pas recherché si cette loi était seulement applicable à la pneumonie ou à tout autre état morbide. Mais par *concrétion sanguine*, M. Bouillaud n'ayant voulu parler que des caillots jaunes, glutineux, décolorés, je crois qu'il a émis une proposition beaucoup trop générale, comme cela résulte d'ailleurs des faits que je viens d'analyser.

Des concrétions analogues à celles dont je viens de parler peuvent également se former dans les gros vaisseaux. J'ai déjà dit que les caillots fibrineux du cœur se continuaient assez souvent dans les vaisseaux artériels et veineux qui partent de cet organe ou qui y aboutissent. M. Dalmas a rapporté à ce sujet un fait extrêmement remarquable d'oblitération de l'aorte par un caillot fibrineux récemment formé; mais je reviendrai plus au long sur cette curieuse observation, lorsque je traiterai des complications qui, dans le cours des pneumonies, surviennent du côté des organes circulatoires.

Les concrétions qu'on rencontre dans le cœur ne se développent pas à la même époque. Nul doute que ces caillots noirâtres et mous plus ou moins volumineux qui sont libres dans les cavités du cœur, et surtout dans les cavités droites, ne se soient formés après la mort; car ils présentent tous les caractères des caillots récens. Quant à ces masses qui sont formées à la fois par un mélange de caillots noirâtres et fibrineux, libres ou adhérens aux parois, quelques-uns peuvent se concréter pendant l'agonie; mais je crois que la plupart se forment après la mort, comme je le démontrerai bientôt expérimentalement. Quant aux concrétions glutineuses, élastiques entortillées, entre les valvules, ou qui adhèrent intimement aux parois du cœur ou des vaisseaux, je crois qu'elles se forment un ou plusieurs jours avant la mort, ou au plus tard pendant l'agonie. And. Pasta (1), qui le premier osa s'élever contre la doctrine des polypes du cœur, soutint que toutes les concrétions, de quelque aspect qu'elles fussent, se développaient après la mort; il ne faisait pas même une exception pour les caillots fibrineux adhérens, qu'il comparait, avec Zollincoffer, à la couenne du sang (2). Pasta avait prétendu

(1) *Epist. de Card. Polypo.*

(2) *De Sedibus*, epist. XXIV, § 30.

pouvoir produire à volonté toute espèce de concrétion sanguine. Il affirme en effet que si on reçoit le sang dans les ventricules du cœur d'un bœuf, il adhérera à leurs parois de la même manière que les polypes, pourvu que le sang soit couenneux. J'ai répété six fois l'expérience de Pasta. J'ai reçu dans un cœur humain, préalablement vidé et lavé, une certaine quantité de sang au moment où ce liquide était extrait de la veine d'individus atteints de rhumatisme articulaire fébrile, ou de pneumonie. Le sang était conservé dans le cœur dans un repos parfait, et à l'abri du contact de l'air. Vingt-quatre heures après, examinant le résultat de l'expérience, j'ai constamment vu le sang réuni en caillots noirs, mous, peu adhérens; dans la moitié des cas il y avait également quelques portions fibrineuses distinctes ou mêlées au caillot noir et occupant la surface. Mais je n'ai jamais vu de concrétions entièrement jaunes, denses, élastiques, adhérentes, entortillées autour des colonnes charnues, semblables enfin à celles que nous avons rencontrées sur un cinquième des sujets morts de pneumonie.

Comment expliquer la formation des concrétions fibrineuses, et quelle en est la cause? Burserius, que j'ai cité précédemment, regardait la diathèse inflammatoire comme étant une des causes de ces concrétions. Il est certain qu'on ne peut révoquer en doute l'influence qu'exerce dans leur production l'existence d'une phlegmasie quelconque, mais surtout d'une pneumonie excitant un mouvement fébrile intense. C'est ainsi qu'ayant recherché comparativement l'état des caillots dans le cœur de huit sujets morts sans complication de phlegmasie, dans la dernière période des maladies organiques pour la plupart cancéreuses, j'ai trouvé constamment, quelle que fût la longueur de l'agonie, le sang partout fluide, décoloré ou réuni en caillots noirs, très mous et peu abondans. Tandis que, chez huit autres sujets qui, dans le cours d'une maladie organique arrivée à la même période, avaient été emportés par une phlegmasie intercurrente (péritonite, arachnitis et pneumonie), les caillots étaient plus volumineux, plus abondans, plusieurs étaient denses et fibrineux; ces derniers étaient plus nombreux dans le cas où il y avait eu pneumonie. Ces faits démontrent donc d'une manière positive l'influence qu'exerce le mouvement fébrile dans la production des caillots fibrineux. Si l'on

demande comment s'exerce cette influence de la fièvre, j'avouerai tout à fait mon impuissance pour l'expliquer. Nous ne pouvons ici que constater des coïncidences, sans saisir précisément la cause intime du phénomène. Nous voyons dans la pneumonie un appareil fébrile intense, coïncidant avec une augmentation dans la plasticité du sang. Il est donc naturel de penser avec quelques auteurs anciens que les concrétions fibrineuses du cœur se forment suivant le même mécanisme que la couenne pleurétique.

Les expériences de Pasta sont venues confirmer cette manière de voir. Enfin les observations microscopiques de Malpighi l'ont encore rendue plus probable. On sait en effet que ce célèbre médecin, dans son petit écrit de *Polypo cordis*, en indiquant la structure fibrineuse de la concrétion, telle qu'il l'a vue avec le microscope, affirme que c'est absolument la même que celle du sang coagulé à l'état sain, et que celle aussi de la portion de ce fluide qui forme la couenne inflammatoire.

§ V. — *État des voies digestives.*

*Estomac.* — Chez les sujets qui succombent à la pneumonie, il n'est pas rare de rencontrer un certain degré de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. C'est ainsi que chez 24 individus dont la muqueuse gastrique fut examinée avec soin, 6 ou un quart présentaient un ramollissement de cette membrane avec ou sans amincissement, et dans une étendue variable. Cette proportion paraît être un peu plus considérable que celle que M. Louis avait trouvée dans les faits analysés par lui (1). Dans la moitié des cas le ramollissement était borné au grand cul-de-sac ; dans l'autre moitié on l'observait également sur l'une et l'autre face. Une fois j'ai trouvé sur la grande courbure une ulcération, grosse comme une lentille, et qui paraissait avoir été produite par l'émétique qu'on avait administré à haute dose. Enfin, sur un cadavre, je trouvai toute la face postérieure de l'estomac d'un blanc mat, et il suffisait de la plus légère pression pour la déchirer et la réduire en pulpe. C'était probablement un exemple de digestion des parois de l'estomac par le suc gastrique dont on a cité d'assez nombreux exemples.

(1) *Fièvres typhoïdes*, 2e édit. Paris, 1841, t. I, p. 153.

Tous les individus qui ont offert à l'autopsie un certain degré de ramollissement avaient pris pendant un ou plusieurs jours la potion stibiée. Est-ce à cette médication pourtant qu'il faut attribuer l'altération de la membrane muqueuse? Je ne le pense pas; car presque tous les autres qui ne présentaient pas la même lésion, avaient pourtant été soumis au même traitement. MM. Chomel et Genest, sur 24 sujets morts de pneumonie, ont vu huit fois le ramollissement de la muqueuse gastrique; sur ces 8 individus, 3 seulement avaient pris pendant un ou deux jours l'émétique à haute dose, tandis que sur les 16 autres qui n'offraient pas cette lésion, près de la moitié avaient été soumis à la même médication et dans les mêmes circonstances, en sorte que ce n'est pas à l'influence de ce moyen que l'on peut attribuer la fréquence du ramollissement de la muqueuse gastrique dans les cas de pneumonie dont je parle (1). D'ailleurs le ramollissement n'est point particulier à la pneumonie; on le retrouve à peu près aussi souvent dans le cours des autres maladies aiguës, et même un peu plus fréquemment dans la fièvre typhoïde que dans toutes les autres affections (Louis). J'ai prouvé que le ramollissement était indépendant de la médication, comme il l'est du siége qu'occupe la maladie elle-même. M. Louis, qui le premier a fait connaître ces faits, les a aussi interprétés d'une manière fort juste. On doit admettre aujourd'hui avec cet habile observateur, que dans un certain nombre de cas où une affection aiguë donne lieu à un mouvement fébrile de quelque durée, la membrane muqueuse de l'estomac devient, à une époque variable de la maladie, le siége d'une lésion plus ou moins grave, suivant la disposition du sujet (2). Le ramollissement est-il de nature inflammatoire? Ce n'est pas le lieu de le discuter. Je dirai pourtant que les faits que j'ai observés tendent à faire croire le contraire; car on ne retrouvait autour de la partie ramollie aucune des lésions caractéristiques d'un travail inflammatoire. D'ailleurs M. Louis émet les mêmes doutes que moi sur la nature phlegmasique du ramollissement de la muqueuse gastrique.

2° *Intestins.* — La membrane muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin a été presque toujours incomplétement exa-

(1) *Leçons sur la fièvre typhoïde*, Paris, 1834, p. 241.
(2) *Fièvres typhoïdes*, 2e édit. t. I, p. 156.

minée par moi; je n'ai guère noté que le degré d'injection qui était considérable dans deux cas seulement. Quant à sa consistance et à son épaisseur, ne les ayant guère recherchées que dans un ou deux points, il me serait impossible, aujourd'hui, d'affirmer qu'elle fût à peu près intacte dans toute son étendue. Aussi je n'analyserai point mes observations sur ce sujet; d'ailleurs la science est suffisamment fixée à présent sur l'état de la membrane muqueuse intestinale, chez les sujets qui succombent à une pneumonie. Il résulte, en effet, des observations de M. Louis, que l'intestin comme l'estomac s'affecte consécutivement à un mouvement fébrile qui a une certaine durée; il paraît même que le ramollissement de la muqueuse intestinale est plus considérable chez les sujets qui succombent à la pneumonie que chez ceux qui sont enlevés par une autre affection, de manière que parmi les premiers 4 sur 30 seulement avaient la membrane muqueuse de bonne consistance dans toute son étendue (1). Chez les jeunes enfans et surtout chez les nouveau-nés, on ne trouve presque pas de lésions secondaires appartenant à la pneumonie. M. Valleix l'explique par la durée plus courte de la fièvre dans le jeune âge; car l'on sait que, d'après les belles recherches de M. Louis, le nombre et la gravité des lésions secondaires sont toujours en rapport avec l'intensité et la dureté du mouvement fébrile.

Parmi les autres organes abdominaux, je n'ai guère examiné que le foie, la rate et les reins.

*Foie.* Le foie examiné avec soin dans 15 cas, m'a paru avoir toujours son volume normal. M. Louis avait également remarqué que le volume du foie n'était pas plus souvent considérable chez les sujets morts de pneumonie que chez ceux qui avaient succombé à d'autres affections. Dans cinq cas, l'organe dont je parle contenait une plus grande quantité de sang; ce liquide ruisselait lorsqu'on y pratiquait des incisions. Quant à la consistance, elle était moindre chez onze, augmentée ou naturelle chez quatre.

Je ne dirai rien de la rate que j'ai toujours trouvée assez consistante, et d'un volume peu considérable.

4° *Reins.* Les reins ne présentaient aucune lésion bien notable,

(1) L. cit., p. 47.

excepté chez deux individus chez lesquels j'ai retrouvé l'altération caractéristique de la maladie de Brigth. Celle-ci était certainement antérieure à la pneumonie.

### § IV. — *État du cerveau.*

Le cerveau n'a guère été examiné que dans les cas où on avait observé pendant la vie quelque trouble du côté de ses fonctions. Je dirai plus tard les altérations que j'y ai rencontrées, lorsqu'à l'article *Complication*, je rechercherai si on peut expliquer par des lésions matérielles saisissables des méninges et du cerveau, le délire, le coma et les autres accidens cérébraux qui sont assez fréquens dans le cours de la pneumonie.

## ARTICLE VI.

### Caractères anatomiques de la Pneumonie chronique.

### § I^er^. — *Pneumonie chronique simple.*

Les pathologistes ont donné le nom de *pneumonie chronique* à différentes formes anatomiques de l'induration pulmonaire. Considérée comme très-fréquente par les uns, comme très-rare par le plus grand nombre, on n'est pas encore parfaitement fixé sur ses caractères physiques. Pour les étudier le plus complétement possible, il importe d'établir une distinction et de diviser en deux groupes isolés les altérations que les auteurs regardent comme appartenant à la pneumonie chronique. Dans la première catégorie je placerai les indurations pulmonaires, existant seules, et s'étant développées indépendamment de toute autre altération du parenchyme des poumons; dans le deuxième groupe j'étudierai les caractères et la nature des indurations qu'on observe assez souvent autour des productions accidentelles des poumons, et en particulier au voisinage des tubercules crus ou des cavernes.

L'induration du poumon, avec imperméabilité plus ou moins complète de son tissu, est le caractère essentiel, constant de la pneumonie à l'état chronique. Bayle, il est vrai, a prétendu qu'il existait une pneumonie chronique *à l'état d'engouement*, dans lequel le poumon devenu plus ferme, plus rouge que dans l'état normal, était très-pesant, et fournissait à l'incision une

grande quantité de sang et de sérosité sanguinolente, etc. (1). Cette forme de la pneumonie chronique serait fréquente d'après Bayle; mais cet auteur n'ayant fourni aucune preuve anatomique ou symptomatique en faveur de son opinion, elle ne saurait être acceptée. L'erreur de Bayle vient probablement de ce qu'ayant trouvé les poumons engoués chez des individus asthmatiques ou catarrheux, il a rattaché les accidens qu'il avait observés pendant la vie à cette congestion toute passive des poumons, et qui souvent même avait dû se faire uniquement dans les derniers jours de l'existence.

Ainsi, dans la pneumonie chronique, je dis que le tissu de l'organe est constamment dur et imperméable à l'air; il offre à l'extérieur une couleur variable, le plus souvent d'un gris un peu cendré, rougeâtre ou noire. Elle peut présenter la réunion de ces colorations diverses. Le tissu est très dur; car, pressé entre les doigts, il résiste beaucoup plus que dans l'hépatisation de l'état aigu, et il est parfois très difficile de le traverser. Si on le met dans l'eau, il se précipite rapidement au fond du liquide; et lorsqu'on l'incise, il résiste beaucoup plus que l'hépatisation aiguë, mais ne crie point sous le scalpel, comme le ferait un tissu squirrheux. La coupe présente des nuances diverses; Laënnec dit que le gris violet ou le rouge livide y dominent. Suivant cet auteur, la surface des incisions offrirait l'aspect granulé d'une manière beaucoup plus marquée que dans la pneumonie aiguë. Lorsqu'on déchire ce tissu, ces granulations sont aussi plus distinctes, beaucoup plus fermes et plus sèches, et simulent, par leur rapprochement, des œufs d'insectes, pressés les uns contre les autres sans aucun intermédiaire (2).

Suivant M. Chomel, au contraire, le poumon chroniquement enflammé ne présenterait plus à la coupe ou à la déchirure ces granulations qui existent si ordinairement dans l'hépatisation aiguë. J'ai eu l'occasion de rencontrer trois fois une induration pulmonaire chronique plus ou moins étendue, et voici ce que j'ai observé : Sur deux sujets qui succombèrent au progrès d'une maladie organique du cœur, j'ai trouvé le tiers du lobe inférieur d'un des poumons très dur, et tout-à-fait imper-

(1) *Recher. sur la phthisie*, p. 12 et 386.
(2) *Auscul.*, 4e édit., t. I, p. 582.

méable. Chez un de ces sujets, la portion du poumon offrait une couleur grisâtre presque uniforme; le tissu était partout homogène; nulle part on ne put trouver aucun vestige de granulations. Sur l'autre individu, le tissu pulmonaire était encore plus résistant; il ne pouvait être pénétré par le doigt, quelque effort que l'on fît. Si après l'avoir coupé, on grattait sa surface avec le scalpel, on produisait ce bruit, ce cri particulier qu'on détermine quand on promène l'instrument sur un tissu fibreux. En regardant de près la surface des incisions, celles-ci offraient un tissu grisâtre marbré de noir, presque partout uni; cependant on apercevait de distance en distance des granulations très-distinctes, d'un gris rougeâtre, dures, mais cependant résistant beaucoup moins que le tissu environnant. Ces granulations étaient d'une grosseur inégale, mais généralement plus petites que dans les hépatisations aiguës; elles étaient réunies par groupes de dix à seize environ. Enfin, chez le sujet dont plus tard je rapporterai l'histoire, et qui succomba au soixante-douzième jour d'une pneumonie qui, aiguë d'abord, avait ensuite passé à l'état chronique, je trouvai le poumon gauche presque entièrement hépatisé et offrant des aspects différens, suivant les points où on l'examinait. Le lobe inférieur, dur, compacte, était d'un gris rougeâtre; à l'incision, on ne voyait qu'une surface plane sans granulations; celles-ci étaient assez distinctes lorsqu'on déchirait le tissu. Le lobe supérieur était induré partout, à l'exception de 3 centimètres du sommet où l'organe était encore crépitant. Son bord antérieur, que l'inflammation n'avait envahi que dans les derniers temps, présentait tous les caractères de l'hépatisation grise ordinaire; le reste de ce lobe n'offrait qu'une hépatisation rouge, avec des granulations très-visibles à la coupe et à la déchirure; mais elle différait de l'hépatisation aiguë par une dureté plus grande, et par une coloration qui offrait un reflet légèrement ardoisé. On voit donc, d'après ce qui précède, que dans l'induration chronique du poumon, on peut rencontrer des granulations comme dans l'état aigu; dans d'autres cas, celles-ci manquent, et le tissu pulmonaire offre une surface lisse, unie à la coupe et même à la déchirure. D'après le petit nombre de faits que j'ai observés, je suis porté à croire que l'aspect granulé est d'autant moins marqué que la maladie a duré plus longtemps. D'ailleurs

comme l'observe avec raison M. Chomel (1), quelque avancée que soit l'altération, elle n'empêche pas de reconnaître dans la portion du poumon qu'elle occupe la texture de ce viscère, et en cela l'endurcissement que je viens de décrire se rapproche des phlegmasies, et s'éloigne des maladies organiques qui altèrent à tel point le tissu des parties, qu'il devient complétement méconnaissable. Dans deux des cas que j'ai observés, mais dans le deuxième surtout, j'ai été frappé du développement qu'avait acquis le tissu cellulaire interlobulaire, peu distinct dans l'état sain; il avait pris, dans le cas dont je parle, de la densité, une dureté fibreuse, et il formait dans l'épaisseur de l'organe des cloisons irrégulières et grisâtres.

Le tissu d'un poumon chroniquement induré est en général moins humide que dans l'hépatisation aiguë; on en fait suinter, à l'incision et en le comprimant, une petite quantité de sérosité rare, rougeâtre ou louche, non aérée; dans un cas même le tissu était tout-à-fait sec. D'après la différence d'aspect que l'on observe souvent dans un lobe chroniquement enflammé, il est facile de voir que la maladie n'a pas suivi une marche uniforme dans tous les points. Il paraît qu'on a quelquefois rencontré de petites collections de pus, disséminées au milieu d'un lobe frappé d'hépatisation chronique. Il peut arriver aussi, comme M. Andral en rapporte un exemple (2), qu'une gangrène plus ou moins étendue frappe un poumon chroniquement enflammé; mais les faits de ce genre sont si rares, qu'il est impossible de déterminer si dans ces cas il n'y a eu qu'une simple coïncidence ou bien un rapport direct de cause à effet entre les deux affections.

Doit-on admettre une forme de pneumonie chronique, uniquement constituée par la formation lente d'un abcès dans la substance pulmonaire, ou, en d'autres termes, un abcès froid peut-il se développer dans le poumon? Il existe dans la science un fait qui nous autorise à nous adresser cette question, bien que par lui-même il ne puisse peut-être pas la résoudre. On lit dans le *Journal complémentaire* (3), l'histoire d'un jeune homme âgé de 16 ans, de constitution délicate, portant des engorgemens scro-

(1) *Dictionnaire de médecine* 1re édit., art. PNEUMONIE.

(2) T. XLI, p. 416.

(3) *Clin.*, 4e édit., 1840, t. III, obs. 64e, p. 446.

fuleux au cou; un abcès s'étant formé au devant de la trachée, on l'ouvrit; et l'ouverture, après s'être plusieurs fois fermée et ouverte, finit par rester fistuleuse; l'air y entrait et en sortait alternativement pendant les mouvemens d'inspiration et d'expiration; pendant les efforts de toux il en découlait un pus de bonne nature, quoique très fétide. Le jeune homme succomba deux ans après la formation de l'abcès dans un état de marasme. L'autopsie fait découvrir que les deux ouvertures fistuleuses extérieures conduisent dans un foyer de 6 centimètres, situé dans l'intervalle des deux sterno-mastoïdiens. A la partie inférieure droite de ce foyer existe une ouverture de 5 millimètres, orifice supérieur d'un trajet qui s'enfonçant dans la poitrine, pénètre dans le bord antérieur du poumon, parvient dans la substance de l'organe, jusqu'à la partie supérieure du lobe inférieur, où il s'ouvre dans un foyer de 5 centimètres. Cette cavité est vide; superficiellement placée, elle n'est séparée du muscle triangulaire que par une couche mince de tissu pulmonaire qui y adhère; ses parois sont lisses, et l'on y voit l'orifice de deux ou trois ramifications bronchiques. Le lobe supérieur du poumon droit adhère au sommet du thorax; son tissu est sain et ne contient aucun tubercule. L'organe offre pourtant une induration noirâtre bornée au voisinage du foyer. Le poumon gauche présente une hépatisation grise très circonscrite.

Ce fait manque malheureusement de beaucoup de détails sur les antécédens du malade. Cependant, il est probable qu'il doit être considéré comme un exemple fort rare, et peut-être encore unique d'abcès froid primitivement formé dans le poumon, et constituant ainsi une forme particulière de pneumonie chronique.

Il est d'autres espèces d'induration que les auteurs signalent comme pouvant caractériser aussi une pneumonie chronique. Ainsi l'induration noire du poumon, que l'on regarde généralement comme le résultat de l'infiltration de son tissu par une matière de production nouvelle par la *mélanose*, ne serait, d'après M. Andral, qu'une forme de pneumonie chronique (1). Ce professeur établit en effet, avec quelque apparence de raison, que l'induration d'un organe qui est en même temps coloré en noir

(1) *Clin.*, 4e édit., t. IV, p. 228.

est indépendante de cette couleur noire, et qu'elle est le simple résultat d'une phlegmasie chronique. Cette induration coexiste en effet avec plusieurs autres colorations. Dans quelques cas même, M. Andral a pu suivre, dans un même poumon, la transition insensible de la teinte grise à la couleur ardoise la plus foncée, et là où celle-ci n'existait pas, le parenchyme pulmonaire était tout aussi dur; d'où on peut conclure que l'état d'endurcissement simple du poumon ne diffère pas essentiellement du même état d'endurcissement avec coloration noire ou grisâtre ; et réellement une simple nuance de couleur est insuffisante pour regarder comme différents deux états qui se ressemblent d'ailleurs tout à fait sous le rapport de leurs autres caractères anatomiques. Aussi M. Andral pense qu'on doit ranger dans la pneumonie chronique la maladie que Bayle a décrite sous le nom de *phthisie avec mélanose*. Mais on sait que, sous ce titre, Bayle a compris des altérations diverses, et en particulier des phthisies tuberculeuses, dans lesquelles les granulations miliaires, ou les tubercules crus étaient entourés ou pénétrés par la matière mélanique. Évidemment ici, l'altération diffère tout à fait de ce qu'on doit entendre par pneumonie chronique. Mais Bayle rapporte, dans le même chapitre, deux observations (1) d'induration pulmonaire, dans lesquelles le poumon, beaucoup plus dense qu'un foie sain, offrait dans un des cas une couleur noire d'ébène, luisante et d'un aspect métallique. *Il n'y avait nulle part ni tubercules, ni granulations grises.* Ces faits seulement peuvent être considérés comme constituant une forme anatomique de la pneumonie chronique.

Je devrais peut-être ici discuter une autre opinion de M. Andral, qui consiste à regarder les granulations grises, demi-transparentes de Bayle, comme le résultat de l'inflammation chronique des vésicules pulmonaires (2) ; mais les raisons sur lesquelles M. Andral appuie sa manière de voir, n'ont pu me convaincre. J'ai d'ailleurs vainement cherché un grand nombre de fois à saisir sur le cadavre cette succession d'altérations, dont les vésicules, d'après M. Andral, seraient le siége avant de

(1) *Loc. cit.*, obs. 19e et 20e, p. 209 et 211.
(2) *Anat. path.*, t. II, p. 519.

subir la transformation granuleuse ; aussi je ne saurais leur attribuer avec ce médecin une origine inflammatoire, et je professe sur leur nature et leur mode de développement les opinions qu'ont émises dans leurs ouvrages Laënnec et M. Louis.

La lésion que j'ai précédemment indiquée sous le nom de *carnification*, dans laquelle le tissu pulmonaire, flasque, résistant et imperméable, a l'aspect d'un tissu musculaire à fibres serrées et peu distinctes, est regardée par quelques personnes comme une variété de pneumonie chronique. Cette opinion ne peut être admise d'une manière générale ; on a vu en effet précédemment dans quelles conditions l'état de carnification pouvait survenir d'une manière aiguë. Toutefois je ne conteste pas que cette altération ne puisse aussi quelquefois caractériser un état chronique. Il est vrai que pour ma part je ne l'ai pas encore vu ; mais MM. Rilliet et Barthez ont recueilli l'observation d'un enfant qui, ayant présenté pendant longtemps des signes de pneumonie à droite, finit par succomber à une pneumonie gauche, et offrit à l'autopsie une assez vaste carnification du côté droit, dans les points où l'auscultation avait primitivement annoncé l'existence d'une pneumonie (1).

Les caractères anatomiques que j'ai assignés à l'induration chronique des poumons, sont tellement faciles à saisir, que je crois inutile de dire en quoi cette lésion diffère de plusieurs autres altérations des poumons telles que la transformation squirrheuse, encéphaloïde ou tuberculeuse. Dans celles-ci le tissu de l'organe a disparu pour faire place à un produit accidentel ; dans l'induration chronique, au contraire, tous les éléments constitutifs des poumons existent encore, mais leur nutrition a été plus ou moins modifiée par suite du travail inflammatoire ; les uns en effet ont presque disparu, les autres par contre ont subi une sorte d'hypertrophie.

Les altérations que je viens d'étudier sous le nom de pneumonie chronique occupaient une étendue plus ou moins considérable. Bornées en général à un seul lobe ou même à une portion d'un lobe, elles ont quelquefois envahi tout un poumon, et la vingtième observation de Bayle semble prouver que la

(1) *Loc. cit.*, p. 52.

pneumonie chronique peut aussi être double. Dans d'autres cas au contraire l'altération est très circonscrite et n'affecte que quelques lobules à la fois.

M. le professeur Cruveilhier a supposé (1) que lorsqu'une inflammation aiguë affectait la portion du parenchyme qui entoure le tissu induré, celui-ci résistant à l'espèce de dissolution qui résulte de l'infiltration du pus, se sépare des parties voisines, et l'on trouve alors au centre d'une hépatisation grise une espèce de caverne remplie par un lambeau de poumon isolé de toutes parts, excepté par un pédicule délié formé par des ramifications bronchiques et par des vaisseaux. M. Cruveilhier, qui a observé deux cas de ce genre, dit que le lambeau de tissu pulmonaire qui flottait dans la cavité n'était pas gangrené. Il est fâcheux que le savant professeur dont je parle n'ait pas décrit avec plus de détails l'état dans lequel se trouvait le tissu pulmonaire. S'il a jugé qu'il n'y avait point mortification, par cela seul qu'il ne s'exhalait aucune odeur gangreneuse, je crois qu'il faut rester dans le doute sur la nature de l'altération qu'il a rencontrée ; car il pourrait se faire que cette portion de poumon qui était isolée fût réellement frappée de mort, et que ce fût encore là un exemple de gangrène sèche.

En résumé, l'induration pulmonaire rouge, grise ou mélanique, que j'ai précédemment décrite et qui caractérise anatomiquement la pneumonie chronique, est une des altérations qu'on rencontre le plus rarement. En effet, dans le très grand nombre d'autopsies que j'ai faites depuis 8 années, je n'ai eu l'occasion de la constater que trois fois. Laënnec l'a également rencontrée fort rarement (2), et M. Chomel rapporte (3) que dans l'espace de 16 années pendant lesquelles il avait assisté à l'ouverture de plus de trois mille cadavres, il ne se rappelle pas avoir trouvé plus de deux fois une lésion du poumon qui lui ait paru constituer une pneumonie chronique. Cependant quelques médecins anciens, et en particulier plusieurs de ceux qui illustrèrent le dernier siècle, ont signalé dans leurs écrits la fréquence de la pneumonie chronique. Ainsi Avenbrugger et son commenta-

(1) *Anat. pathol. du corps humain,* 32e livraison, in-fol., fig. col.

(2) *Auscultat,* t. Ier, p. 581.

(3) *Dictionnaire de médecine*, t. XVII, p. 252.

teur (1); Stoll (2), Pujol (3) etc., ont souvent parlé de squirrhes, d'indurations du poumon, d'inflammation sourde, latente de ces organes et devenant l'origine de certaines espèces de phthisie. Mais on ne saurait accepter des opinions qui ne reposent sur aucune preuve anatomique positive. D'ailleurs, il est facile de se convaincre que ces auteurs et ceux qui ont soutenu leur doctrine ont pris le plus souvent pour des pneumonies chroniques, soit des pleurésies anciennes, ou plus souvent encore la dégénérescence tuberculeuse des poumons; ces erreurs ont même été commises depuis l'époque où l'anatomie pathologique est cultivée avec soin. Ainsi Broussais n'a regardé la pneumonie chronique comme très commune que parce que, ressuscitant et exagérant une théorie surannée, il rapportait la phthisie pulmonaire à une phlegmasie chronique, ou bien encore il prenait pour des indices d'une altération ancienne des poumons, des hépatisations qu'il trouvait à l'ouverture des cadavres et qui ne s'étaient formées que peu de jours avant la mort. Ces méprises ont été faites par les hommes les plus habiles; ainsi lorsqu'on voit Bayle prétendre qu'il *avait ouvert un grand nombre de sujets morts de pneumonie chronique sans tubercules dans les poumons* (4), on doit craindre qu'il n'ait commis la même erreur que Broussais. La lecture de sa quarantième observation semble jusqu'à un certain point justifier ces soupçons.

### § II. — *Pneumonie chronique tuberculeuse.*

Chez les individus qui succombent à la phthisie pulmonaire on rencontre fréquemment autour des cavernes ou des tubercules suppurés une induration du parenchyme des poumons qui a beaucoup de rapport avec celle que j'ai précédemment décrite.

Dans ces points en effet, le tissu de l'organe d'un gris ardoisé plus ou moins foncé est très dur et complétement imperméable. Si on l'incise ou si on le déchire, on ne trouve point l'aspect grenu de l'hépatisation. Sa surface, dit M. Louis (5), a

(1) Percuss. de la Poitrine, observ. VI.
(2) *Aphorismes*, n. 157.
(3) *OEuvres de Méd. prat.*, Paris, 1825, t. Ier.
(4) *Phthisie*, p. 72.
(5) *Recher. sur la phthisie*, p. 9.

un coup d'œil louche qu'on ne peut attribuer aux granulations miliaires qui n'existent pas. Elle est traversée par des cloisons celluleuses blanches et épaisses comme dans certaines formes de la pneumonie chronique qui ne se complique point de la présence des tubercules. Ce tissu ainsi induré est exsangue et ne laisse généralement suinter aucun liquide quand on le divise ou qu'on le presse.

Il n'est pas rare de trouver disséminées à sa surface plusieurs granulations grises ou même des tubercules à l'état cru ou suppuré. M. le professeur Chomel a fait observer (1) que cette induration particulière des poumons n'avait généralement que quelques millimètres d'épaisseur. Cependant j'ai trouvé plusieurs fois qu'elle avait acquis près de trois centimètres : mais son étendue en surface est plus considérable ; car elle suit dans tous leurs contours les excavations tuberculeuses dont elle forme une partie des parois.

Cette altération que Laënnec paraissait regarder comme une dégénérescence tuberculeuse commençante, diffère pourtant par ses caractères de la matière grise ordinaire ou des tubercules crus. On voit au contraire par combien de caractères elle se rapproche des indurations que j'ai décrites au commencement de cet article ; elle doit constituer une forme de la pneumonie chronique, toujours consécutive aux tubercules et généralement à leur ramollissement et à leur évacuation ; elle offre beaucoup d'analogie avec ces indurations, ces callosités qui affectent le tissu cellulaire sous-cutané lorsque les ganglions tuberculeux qu'il entoure viennent à se ramollir. La marche de cette altération doit être extrêmement lente, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut attribuer l'aspect non granulé de sa surface à la coupe et à la déchirure.

## ARTICLE VI.

### Lésions anatomiques des pneumonies secondaires.

Les pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies aiguës et chroniques présentent, dans la plupart des cas, les caractères anatomiques qu'on rencontre généralement dans les

(1) *Diction.*, 1re édit., t. XVII, p. 253, article *Pneumonie.*

pneumonies franches et primitives ; c'est-à-dire que dans les unes comme dans les autres on retrouve les degrés d'engouement, d'hépatisation rouge et d'hépatisation grise ; cependant, toutes choses égales d'ailleurs, on peut dire que dans les pneumonies secondaires les altérations occupent une étendue moins considérable, et que, surtout, elles sont arrivées à un degré moins avancé que dans les cas de pneumonies primitives. On a vu précédemment que dans ces dernières l'inflammation n'avait jamais été trouvée lors de l'autopsie, à la période d'engouement ; toujours il y avait eu une hépatisation plus ou moins complète, et même chez les trois quarts des cas à peu près il y avait déjà une infiltration grise, avec ou sans mélange d'hépatisation rouge. Dans les pneumonies secondaires les choses se sont passées différemment : il résulte d'un relevé de soixante-quinze cas, que chez trente individus l'inflammation pulmonaire n'avait pas encore dépassé la période d'engouement ; chez trente-neuf la pneumonie était à l'état d'hépatisation rouge dans une partie, ou dans la totalité des points envahis ; enfin chez six individus il y avait une infiltration purulente des poumons, c'est-à-dire que la pneumonie n'était arrivée au degré d'hépatisation grise que chez un douzième à peu près. Ces résultats auraient pu être prévus d'avance ; car on conçoit facilement que lorsque dans le cours d'une maladie grave et même mortelle, qui a déjà profondément débilité le sujet, une phlegmasie d'un organe aussi important que le poumon se déclare, celle-ci a pour effet d'anéantir les forces qui restent, et d'amener la mort avant que la maladie ait eu le temps de produire les altérations qu'on observe le plus communément chez les individus qui jouissent encore de toute leur vitalité. Cependant le contraire peut arriver ; j'ai trouvé en effet deux fois une hépatisation grise chez des individus dont les premiers symptômes de pneumonie dataient à peine de 48 heures. Mais ce sont là des faits exceptionnels et qui ne détruisent pas ce que j'ai dit précédemment. On voit quelquefois aussi ces pneumonies secondaires se terminer par la formation d'un abcès plus ou moins considérable. Ainsi, parmi les vingt-deux observations de collections purulentes que j'ai precédemment analysées, il y en a cinq qui étaient survenues chez des sujets malades depuis longtemps.

Je dirai plus tard l'influence que le décubitus longtemps pro-

longé paraît exercer sur le développement de certaines pneumonies secondaires. M. le professeur Piorry qui, le premier, a signalé cette influence, a fait remarquer avec raison que, dans les pneumonies qui surviennent alors, l'altération n'envahit que les parties les plus déclives du poumon. Le point le plus malade est situé le plus inférieurement, et le tissu est d'autant moins altéré qu'on se rapproche davantage des parties supérieures (1). Mais ce ne sont pas là les seules différences que j'ai remarquées entre les altérations des pneumonies secondaires et celles des pneumonies primitives. L'analyse des faits m'a paru également démontrer que quelques-unes des lésions inflammatoires que j'ai décrites se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans les premières que dans les secondes. Ainsi la forme lobulaire est rarement primitive, chez les adultes surtout. Chez eux, en effet, je ne l'ai vue telle que sur un seul individu, et même, dans ce cas exceptionnel, elle existait avec une hépatisation grise qui avait envahi tout un lobe. La pneumonie qui complique la fièvre typhoïde se montre assez souvent sous forme de noyaux disséminés; c'est du moins ce que j'ai rencontré sur près du sixième des sujets. Dans les pneumonies consécutives de l'enfance, la forme lobulaire est bien plus fréquente encore. Il résulte en effet d'une note que m'a communiquée M. Rilliet, que, chez les enfans qui succombèrent à la fièvre typhoïde, l'inflammation du poumon existait en égale proportion sous forme lobaire et lobulaire; enfin, presque toutes les pneumonies qui, dans le jeune âge, viennent compliquer la bronchite capillaire et la coqueluche, sont mamelonnées. Il en est de même de celles qui surviennent dans le croup, comme cela résulte des recherches de M. Hache qui, sur sept cas de pneumonie consécutive au croup, a trouvé un nombre égal d'hépatisation lobulaire (2).

Lorsque la pneumonie est survenue dans le cours d'une phlébite, chez les sujets qui meurent après avoir éprouvé les symptômes des résorptions purulentes, je n'ai trouvé chez un tiers des individus qu'une hépatisation grise ordinaire; mais chez tous les autres on voyait cette forme d'altération que j'ai précédemment décrite sous le nom d'*abcès métastatiques*. C'est la seule

(1) Voir son *Mémoire sur la pneum. hypostatique dans les transactions médicales*, t. XI, p. 175.

(2) *Thèse de* 1835, n. 360, p. 28.

forme anatomique de pneumonie qui ne puisse probablement jamais être primitive. Lorsqu'on la rencontre à l'autopsie, elle indique constamment sinon une phlébite coexistante, du moins une de ces maladies infectieuses qui s'accompagnent des symptômes ordinaires des résorptions purulentes. Ainsi, chez les malheureux qui sont emportés par la morve aiguë, il paraît qu'on trouve constamment des lésions inflammatoires du côté des poumons; chez la plupart des sujets, ce sont des abcès métastatiques semblables à ceux des phlébites. Mais dans quelques cas très rares, et qu'on doit regarder comme accidentels, on a observé d'autres altérations. Aussi Roots et Ellioston ont vu une hépatisation lobaire, Hartwing une vomique; enfin sur les poumons que Mac-Donnel et Graves examinèrent, ces médecins ont constaté à la surface de ces organes la présence de pustules semblables à celles qui existaient sur la peau, les unes isolées, jaunes au centre, entourées par un bord ecchymosé; d'autres réunies en groupes. Ces dernières altérations me semblent devoir être rapportées aux abcès métastatiques (1).

La splénisation est encore une lésion qui survient plus souvent dans les pneumonies secondaires que dans celles qui sont primitives. En effet, sur dix cas de splénisation des poumons que j'ai rencontrés sur le cadavre, il y en a six observés chez des individus dont l'inflammation pulmonaire était venu compliquer une maladie plus ou moins ancienne. Chez les quatre autres sujets qui restent, la pneumonie était à la rigueur primitive, car elle s'était déclarée chez des personnes qui n'offraient aucun symptôme de maladie antérieure bien caractérisée; cependant tous ces individus, à l'exception d'un seul, étaient d'une constitution détériorée, affaiblie. On serait donc porté à conclure de ces, faits que l'affaiblissement des malades par une maladie antérieure ou par un vice de la constitution, tend à modifier les caractères anatomiques d'une pneumonie intercurrente, et à remplacer l'hépatisation par la splénisation. Ceci explique pourquoi un auteur français, M. le docteur Léger, a signalé la splénisation comme étant la lésion la plus ordinaire qu'on rencontre chez les enfans morts de pneumonies (2). Cette opinion n'est pas exacte; il est probable que

(1) Voir Vigla, *Thèse sur la morve*, année 1839.

(2) *Thèse inaugurale*, 1823, n. 49.

l'auteur ne l'eût pas émise si, au lieu d'écrire d'après ses souvenirs, il eût analysé et compté les observations qu'il avait recueillies. Mais il en résulte du moins que M. Léger a été frappé, chez les enfans, du grand nombre de cas où le deuxième degré de la pneumonie était caractérisé par une splénisation ; ce que le lecteur s'expliquera aisément lorsqu'il verra plus tard que les pneumonies primitives sont rares dans le jeune âge, et que dans la plupart des cas elles surviennent dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, ou chez des sujets débilités par une cause quelconque. Il y a quelques années, M. le docteur Bazin a prétendu que la fièvre typhoïde donnait lieu à une pneumonie particulière ayant des caractères anatomiques spéciaux (1). L'auteur décrit, en effet, un premier degré qui diffère peu de l'engouement inflammatoire, tandis que le deuxième n'est autre que la splénisation. Mais comme M. Louis l'a fait observer avec juste raison (2), l'opinion qui consiste à attribuer des caractères anatomiques spéciaux à la pneumonie des fièvres typhoïdes, n'a aucune espèce de fondement. Elle n'a été émise que par suite d'un examen incomplet, et parce qu'on a étudié seulement les poumons des malades emportés par la fièvre typhoïde sans les comparer à ceux des individus qui avaient péri à la suite d'autres maladies aiguës, comparaison indispensable et sans laquelle les hommes les plus habiles doivent nécessairement tomber dans de graves erreurs. Cette comparaison a été faite par M. Louis, et elle démontre que les poumons des individus emportés par l'affection typhoïde n'offrent aucune lésion particulière, et qu'on ne rencontra à peu près dans la même proportion chez des sujets qui succombent à toute autre maladie aiguë. Cependant chez ces derniers l'altération était ordinairement à un degré un peu moins avancé, et avait lieu dans une étendue moins considérable qu'à la suite de l'affection typhoïde, mais sans aucune autre différence appréciable.

Je crois qu'on peut conclure de tous les faits qui précèdent, que l'inflammation des poumons ne produit la splénisation de ces organes que chez les individus déjà débiles, chez ceux dont la vitalité est émoussée et chez lesquels les liquides, obéissant

(1) *Thèse inaug.*, août 1834.
(2) *Fièvre typhoïde*, 2e édit., Paris, 1841, t. I, p. 556,

par cela même davantage aux lois de la pesanteur, engorgent les tissus, les macèrent pour ainsi dire, et modifient ainsi les caractères ordinaires de l'inflammation.

Je ne dirai rien de la carnification, n'ayant pas encore observé suffisamment cette altération; toutefois je rappellerai que les deux fois où je l'ai rencontrée, la pneumonie était encore secondaire et était survenue dans le cours d'un épanchement pleurétique ancien.

Je conclus de tout ce qui précède que les caractères anatomiques de la pneumonie, qu'on pourrait appeler *insolites*, tels que la splénisation, la carnification, l'hépatisation lobulaire, se rencontrent plus souvent dans les inflammations pulmonaires consécutives que dans celles qui affectent des individus forts et dans un état de santé parfaite. Quant aux abcès métastatiques du poumon, c'est une altération qui probablement n'est jamais primitive et qui est toujours symptomatique de quelque infection purulente du sang.

Ce n'est pas ici le lieu de déterminer si les pneumonies secondaires se terminent plus souvent par gangrène que les pneumonies primitives. Ce point sera étudié plus tard. Quant aux pneumonies chroniques qui, comme je l'ai vu deux fois, peuvent survenir chez des sujets affectés depuis longtemps de quelque maladie grave, elles ne paraissent pas avoir d'autres caractères anatomiques que ceux qu'on rencontre communément dans les pneumonies chroniques primitives.

---

# CHAPITRE II.

## ÉTIOLOGIE DE LA PNEUMONIE.

Les auteurs ont signalé un grand nombre de causes, comme présidant au développement des inflammations pulmonaires. Les opinions les plus diverses ont été émises, et trop souvent, dans l'étude de cette question comme de beaucoup d'autres, les idées théoriques ou purement spéculatives ont été substituées aux résultats de l'observation directe. Beaucoup de médecins, croyant

avec le vulgaire que la cause d'un effet est ce qui le précède immédiatement, toute leur logique étant fondée sur ce principe : *ceci est venu après cela, donc il en est l'effet ;* il s'ensuit que fréquemment l'on a méconnu ou exagéré l'influence de certaines causes morbifiques. Aussi, malgré tous les travaux entrepris jusqu'à ce jour, on peut dire que l'étiologie est encore la partie la plus obscure de l'histoire des maladies. Pénétré de l'importance du sujet et des difficultés que son étude présente, je l'ai abordé sans m'inquiéter de ce qui avait été dit ou fait avant moi, bien résolu de soumettre toutes les opinions au contrôle souverain de faits nombreux et observés avec tout le soin dont je suis capable.

Les causes de la pneumonie, comme celles de toutes les autres maladies, se divisent en deux grandes sections : les unes n'ont qu'une action lente et obscure ; elles agissent peu à peu sur l'économie, on les nomme *prédisposantes ;* les autres actives provoquent rapidement l'apparition de la maladie, ce sont les causes *occasionnelles* ou *excitantes.* J'étudierai l'influence des unes et des autres dans le développement des pneumonies primitives et des pneumonies secondaires.

## ARTICLE PREMIER.

### Causes prédisposantes de la pneumonie primitive.

Les causes prédisposantes de la pneumonie se divisent en deux groupes : dans le premier je placerai toutes les conditions propres à chaque individu, comme l'âge, le sexe, la constitution, la conformation thoracique, les pneumonies antérieures, l'état social, les professions de l'un et de l'autre sexe, et pour la femme l'influence que peut exercer la menstruation, l'allaitement et l'état puerpéral. Dans le deuxième groupe des causes prédisposantes, je placerai toutes les circonstances extérieures, telles que le climat, les localités, les saisons, les vents, les variations barométriques ; ces deux dernières agissent quelquefois comme causes occasionnelles.

### § I. — *Age.*

La pneumonie est une maladie qu'on observe plus ou moins fréquemment à tous les âges de la vie, depuis la naissance jus-

qu'à la plus extrême vieillesse. Il semble à priori que dans la vie intra-utérine le poumon qui n'exerce aucune fonction spéciale et qui est peut-être alors l'organe le plus passif de l'économie, dût être à l'abri de tout travail inflammatoire. Cependant il existe dans les annales de la science, plusieurs observations authentiques qui prouvent que la pneumonie peut se développer chez le fœtus. Elle est en général limitée à des espaces plus ou moins circonscrits, et, comme je l'ai déjà dit, elle détermine dans le parenchyme de l'organe, de petites collections purulentes que l'on a probablement confondues plusieurs fois avec des tubercules ramollis.

On se rappelle les faits de ce genre rapportés par Chaussier, par MM. Cruveilhier, Andral et Depaul; enfin Billard (1) dit aussi que, chez trois enfans morts le premier jour de leur naissance, il a trouvé un altération d'un des poumons assez avancée pour faire croire que la maladie avait commencé dans le sein de la mère. Chez deux surtout, le poumon gauche était hépatisé à sa base, et si cette altération de tissus n'existait pas pendant la vie intra-utérine, il est au moins très probable qu'elle s'était développée pendant ou immédiatement après l'accouchement. Dans tous les cas, l'altération du poumon a entravé l'établissement de la respiration et a causé la mort des nouveau-nés; c'est ce que prouve surtout l'observation 63e.

J'ai été témoin d'un fait semblable : en 1835 j'accouchai à l'Hôtel-Dieu une femme bien constituée et primipare qui, parvenue au terme de sept ou huit mois, mit au monde un enfant très petit et d'une maigreur voisine du marasme; le pouls était insensible, les respirations étaient rares et peu profondes, il s'éteignit au bout de quelques heures. A l'autopsie, tous les viscères furent trouvés intacts, à l'exception du poumon droit dont le lobe inférieur était converti dans sa totalité en un tissu rouge, livide, se laissant pénétrer facilement par le doigt, diffluent par places; et même dans quelques points je crus reconnaître qu'une infiltration purulente commençait à se former. Les bords antérieurs et le sommet des deux poumons étaient seuls un peu crépitans. Dans cette observation, qui a beaucoup de rapport avec celle de Billard, il est évident que l'enfant, à l'époque de la

(1) *Traite des Malad. des enf. nouv. nés.* Paris, 1837, p. 545.

naissance, était véritablement agonisant par suite d'une pneumonie étendue, laquelle datait probablement d'une époque assez éloignée, à en juger du moins par l'état de faiblesse et de marasme. Il y a donc un certain nombre de faiblesses de naissance et d'asphyxie des nouveau-nés qui ne reconnaissent d'autre cause qu'une pneumonie qui s'est développée pendant la vie intra-utérine. En effet, sur 17 enfans nés à terme dans un état de faiblesse et de maigreur très prononcée, Billard a trouvé chez 8 une inflammation gastro-intestinale, chez 6 une pneumonie, chez 2 une péritonite, chez 1 seul une pleurésie chronique (1). A en juger par ce petit nombre de faits, la pneumonie paraîtrait devoir être une des maladies qui produisent assez souvent chez les enfans naissans cet état qu'on nomme vaguement faiblesse de naissanee, et qui se lie ordinairement à quelque grave altération d'un organe important, altération développée pendant le cours même de la vie intrà-utérine. Il est à souhaiter que les médecins attachés aux maisons d'accouchemens ouvrent les cadavres des enfans mort-nés ou qui succombent peu après la naissance, afin de déterminer d'après un grand nombre de faits le degré de fréquence des pneumonies qui se développent pendant le cours de la vie intrà-utérine et qui deviennent ainsi une cause de la mort du fœtus et produisent le plus souvent un accouchement prématuré. D'ailleurs, dans tous les cas de ce genre qui ont été rapportés, il a été absolument impossible de saisir la nature des causes qui ont provoqué le développement de la pneumonie.

Pendant plusieurs siècles les médecins ont cru, d'après Hippocrate (2), que la pneumonie et la pleurésie ne se déclaraient jamais chez l'homme avant la puberté. Cependant, Arétée (3) et plus tard Triller (4) et Van Swieten (5), beaucoup moins exclusifs que le père de la médecine, signalèrent la pneumonie comme étant une affection assez rare dans l'enfance, sans être pourtant inconnue dans cette période de la vie. Cette opinion fut généralement adoptée par les praticiens les plus célè-

(1) Billard, p. 69.

(2) Coac. præ., t. VIII, p. 882. Ed. Charter.

(3) *De Caus. acut. morb.* l. I, ch. 10.

(4) *Aph.* 16.

(5) *In aphoris.*, § 879.

bres du dernier siècle, et en particulier par Morgagni (1), Cullen (2), Grimaud (3) et même par presque tous les auteurs qui, à cette époque, s'occupèrent spécialement de la pathologie de l'enfance. Cependant, les nombreux travaux publiés depuis plus d'un quart de siècle, en Allemagne, en Angleterre, et surtout en France, ont démontré que la pneumonie, loin d'être rare chez les enfans était, au contraire, l'une des maladies aiguës les plus fréquentes et les plus meurtrières à cet âge. M. le docteur Lombard de Genève a, en effet, calculé (4) que depuis la naissance jusqu'à la puberté la pneumonie formait le quart ou le cinquième des maladies qu'on observe dans cette période de la vie, c'est-à-dire qu'à l'âge dont je parle, les inflammations pulmonaires seraient trois ou quatre fois plus communes que chez l'adulte. Mais il importe beaucoup ici de distinguer les cas de pneumonies franches, ou primitives, et ceux appartenant aux pneumonies secondaires. Les premières en effet sont rares comparativement à la fréquence extrême des secondes; c'est ainsi que dans les faits recueillis par M. Valleix (5), on voit la pneumonie simple figurer pour un cinquième seulement. MM. Gerhard (6) et Rufz (7) avaient même dit que la pneumonie primitive n'existait pas chez les enfans de 2 à 5 ans; mais on ne saurait admettre cette opinion dans toute sa rigueur, puisque MM. Rilliet et Barthez en ont recueilli trois observations (8). Au contraire de six à quinze ans les pneumonies franches sont assez communes, puisque ces derniers auteurs l'ont vue six fois chez vingt malades. Toutefois c'est aux pneumonies secondaires que se rapporte tout ce qu'ont a dit de l'extrême fréquence des inflammations pulmonaires dans l'enfance; pour en donner une idée, il me suffira de dire que M. Vernois sur 114 autopsies d'enfans nouveau-nés a rencontré l'hépatisation du poumon 113 fois (9). M. Rufz a obtenu à peu près les mêmes résultats

(1) *Lettre* XX, § 14.
(2) *Med. prat.*, Edit. de Bosquillon, t. I, p. 251.
(3) *Cours des fièvres*, t. II, p. 50. Montpellier, 1791.
(4) *Bulletin de la Soc. méd. d'émul.*, *Arch. de méd* t. XXV, p. 60.
(5) *Clin. des enf. nouv. nés*, p. 45.
(6) Voir son *mémoire* dans le *Journal de Philadelp.*
(7) *Jour. des conn. méd. chirurg.*, 3e année, p. 101.
(8) *Pneumonie*, p. 76.
(9) Valleix, *loc. cit.*, p. 176.

chez des sujets plus âgés; car il dit avoir rarement vu les enfans de deux à cinq ans succomber, sans présenter des traces de pneumonies à différens degrés (1). Enfin sur 194 autopsies faites par M. Hache à l'hôpital des enfans dans les années 1832 et 33 l'inflammation du parenchyme pulmonaire a été constatée chez 108 sujets, c'est-à-dire chez beaucoup plus que la moitié (2) ; plus tard je tâcherai de déterminer quelles sont les maladies aiguës ou chroniques de l'enfance qui se compliquent le plus souvent dans leur cours d'une phlegmasie du poumon.

Il est rare de voir une pneumonie se développer dans les premières heures, ou dès les premiers jours qui suivent la naissance. J. Frank en a peut-être observé un exemple (3). Toutefois M. Valleix dit avec beaucoup de raison (4), que ce n'est guère que quelques jours après l'accouchement que la pneumonie affecte les nouveau-nés. M. Lombard a calculé (5) que plus du sixième des enfans qui sucombent pendant la première semaine de la vie, meurent avec ou par la pneumonie; proportion qui irait en augmentant jusqu'à la neuvième semaine.

Les auteurs ne sont guère d'accord entre eux lorsqu'il s'agit de déterminer le degré de fréquence que la pneumonie présente dans chacune des périodes que les physiologistes, depuis Hallé, admettent dans l'enfance. Suivant M. Léger, l'inflammation des poumons aurait son maximum de fréquence entre 12 et 14 ans (6); tandis que Cuming cite, comme en étant plus souvent atteints, les enfans compris entre 9 mois et 2 ans (7). Cette dernière opinion est confirmée par les recherches statistiques de M. Lombard. Cet observateur dit en effet que, de 1 à 2 ans, la pneumonie compte pour un tiers dans le nombre total des affections qu'on observe à cet âge, proportion qui, d'après ce même observateur, n'existerait à aucune autre période de l'enfance depuis la naissance jusqu'à 14 ans. En réunissant les cas de pneumonie primitive et secondaire, on voit que, d'après les

(1) Voir son *Mémoire*.
(2) *Thèse* 1835, n° 360, p. 34.
(3) *Praxeos*, vol. II, p. 2., p. 513.
(4) *Loc. cit.*, p. 173.
(5) *Loc. cit.*, p. 67.
(6) *Thèse* 1823, n° 43, p. 9.
(7) *Med. chirur. Review*, v. XIII, p. 67.

recherches de MM. Vernois et Rufz, l'inflammation pulmonaire se développe aussi fréquemment chez les enfans à la mamelle que chez ceux qui ont de 2 à 5 ans. Dans les années suivantes, au contraire, et jusqu'à 15 ans, la proportion paraît diminuer. Sur 60 enfants atteints de pneumonie, et dont MM. Rilliet et Barthès ont recueilli l'histoire, 40 avaient de 2 à 5 ans, et 20 de 6 à 15. Cependant le nombre des lits était plus considérable dans la salle où l'on reçoit les enfans les plus âgés, et les admissions y avaient été aussi plus nombreuses (1). Les relevés de M. Hache (2) confirment aussi la proposition que j'ai émise, puisque sur 108 autopsies il a rencontré la pneumonie 71 fois chez des enfans de 2 à 5 ans, et 37 fois seulement chez ceux de 6 à 15 ans. Ces résultats diffèrent un peu de ceux que M. Lombard a publiés (3); car, d'après ce médecin, les âges le plus souvent atteints de pneumonie dans l'enfance seraient dans l'ordre de fréquence : 1° l'âge de 1 à 2 ans; 2° la treizième année; 3° le premier mois.

Si maintenant nous recherchons quelle est la fréquence de la pneumonie depuis l'âge de la puberté jusqu'a la vieillesse, nous voyons que les auteurs ne sont pas complétement d'accord entre eux. Suivant Cullen, le maximum de fréquence de la pneumonie aurait lieu de 45 à 60 ans (4). Grimaud la dit plus fréquente dans la vigueur de l'âge (5), et Laënnec (6), au contraire, pense, avec Arétée (7), que la pneumonie est beaucoup plus commune chez les vieillards. J. Frank, tout en avouant que la pneumonie affecte plus souvent les personnes d'un âge moyen, convient aussi que, quand la maladie règne épidémiquement, les vieillards en sont surtout affectés (8). Voulant résoudre cette importante question à l'aide de la statistique, M. le professeur Chomel a publié plusieurs relevés, desquels il résulte que la pneu-

(1) *Loc. cit.*, p. 77.

(2) *Thèse*, p. 54.

(3) *Loc. cit.*, p. 68

(4) *Loc. cit.*, p. 251.

(5) *Loc. cit.*, p. 30.

(6) *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 547, 4e édit.

(7) *Loc cit.*, L. I. c. 10, p. 9.

(8) *Loc. cit.*, p. 313, 314.

monie serait un peu plus commune de 20 à 30 ans qu'à tout autre âge ; en effet, sur 96 individus atteints de pneumonie, il en a trouvé 28 âgés de 20 à 30 ans, tandis qu'il n'y en a eu que 9 de 30 à 40, 11 de 40 à 50 et 8 de 50 à 60. Dans l'épidémie de 1812 et 1813, la pneumonie a été aussi plus fréquente dans la même période de la vie, mais à un degré fort différent. Sur 134 individus, 38 étaient âgés de 15 à 30, 34 de 30 à 45, 38 également de 45 à 60, 28 avaient plus de 60 ans (1).

J'ai précisé l'âge chez 292 malades seulement, et voici de quelle manière ils ont été répartis dans les différentes périodes.

| | |
|---|---|
| de 15 à 20 ans. . . . . . | 54 |
| de 20 à 30 ans. . . . . . | 82 |
| de 30 à 40 ans. . . . . . | 38 |
| de 40 à 50 ans. . . . . . | 43 |
| de 50 à 60. . . . . . . . | 39 |
| de 60 à 70. . . . . . . . | 26 |
| de 70 à 77. . . . . . . . | 10 |
| | 292 |

Voulant étudier plus complétement la question de l'influence des âges dans la production de la pneumonie, et désirant que mes résultats fussent contrôlés par le plus grand nombre d'observations possibles, j'ai réuni les faits contenus dans les relevés de Leroux (2), de MM. Chomel (3), Bouillaud (4), Briquet (5), ce qui m'a donné un total de 630 malades, que l'on doit classer par rapport à l'âge de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| de 14 à 20 ans. . . . . . | 84 |
| de 20 à 30 ans. . . . . . | 190 |
| de 39 à 40 ans. . . . . . | 117 |
| de 40 à 50 ans. . . . . . | 107 |
| de 50 à 60 ans. . . . . . | 84 |
| de 60 à 70 ans. . . . . . | 57 |
| au dessus de 70 ans. . . . . | 11 |
| | 650 |

(1) *Diction. de méd.*, t. XVII, p. 211, 1re édit.

(2) *Cours sur les général. de la méd. prat.*, t. VI, p. 306 à 353.

(3) *Dict. de méd.*, art. *Pneumonie*.

(4) *Mémoires de l'acad. de méd.*, t. VIII, et *clinique médicale de l'hôp. de la Charité*, Paris, 1837, t. II.

(5) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 478.

Ce dernier tableau est absolument conforme à celui que j'ai formé d'après mes propres observations. Il résulte de leur examen que la période de 20 à 30 ans est celle qui présente le plus grand nombre de pneumonies. Ces deux tableaux semblent également prouver que les inflammations pulmonaires diminuent de fréquence à mesure que les individus avancent dans la vie. Nous serions donc autorisés à dire avec la plupart des auteurs modernes que l'âge de 20 à 30 ans constitue une véritable prédisposition pour le développement de la pneumonie. Cependant une pareille conclusion n'est pas très rigoureusement déduite, et l'influence qu'on attribue à l'âge pourrait bien n'être pas aussi grande dans ce cas, qu'on le croit généralement. Si en effet, on observe plus de pneumonies de 20 à 30 que dans les âges qui suivent, cela ne pourrait-il pas dépendre en partie du plus grand nombre d'individus qui existent dans cette première période? C'est ce que prouvent en effet les statistiques de la ville de Paris (1). On conçoit sans peine que, s'il y a plus d'individus dans la période de 20 à 30 que dans les autres, on devra y observer un plus grand nombre de malades. Je me suis convaincu, en effet, par des relevés que j'ai fait faire pour deux années sur les registres de l'Hôtel-Dieu que ce sont les individus de 20 à 30 ans qui ont fourni le plus grand nombre d'admissions dans les hôpitaux. En recherchant quelle est l'influence de l'âge dans la production de la pneumonie, et en comparant la fréquence de la maladie avec le chiffre de la population, nous trouvons que les phlegmasies pulmonaires ont leur maximum de fréquence de 20 à 30 ans; viennent ensuite les âges de 15 à 20, et de 30 à 40 ; la pneumonie devient moins commune entre 40 et 50; mais c'est dans la période de 50 à 60 qu'on rencontre le moins de pneumonies chez l'adulte. En calculant l'influence de l'âge, d'après les règles que j'ai posées, on voit donc que la pneumonie continue à être plus fréquente de 20 à 30 ans que dans toute autre période; mais on peut se convaincre que cette influence de l'âge est moins grande qu'elle ne semblait l'être d'abord. C'est ainsi qu'en n'ayant égard qu'aux chiffres des tableaux, on voit par exemple que le nombre des pneumonies

(1) Dénombrement de 1817. Voir les *Recherc. statis. sur la ville de Paris.*

qu'on observe de 20 à 30 ans est plus du double de celles qu'on trouve entre 50 et 60; mais en calculant la fréquence d'après la population de ces deux périodes, la différence n'est plus que d'un dixième à peu près.

Les deux tableaux qui précèdent pourraient faire croire aussi que la pneumonie est une maladie qui diminue de fréquence après l'âge de 60 ans, quoique cependant le contraire ait lieu; mais il faut savoir qu'à Paris une grande partie des vieillards de la classe indigente (environ huit mille) se réfugie dans les hospices. Ils sont par conséquent soustraits à nos relevés; car si ces individus étaient abandonnés dans la vie commune, ils viendraient, comme ceux de la classe adulte, réclamer les secours de l'art dans les hôpitaux, et nous constaterions alors chez les sujets de cet âge beaucoup de cas de pneumonies. Tous les médecins qui ont fréquenté les hospices de la Salpétrière et de Bicètre ont été frappés du grand nombre de vieillards qui succombent à l'inflammation des poumons. Il résulte, par exemple, d'un relevé statistique, publié par M. le docteur Prus (1), qu'à l'hospice de Bicêtre les pneumonies ont formé près du neuvième des maladies qui furent traitées dans ses salles de 1832 à 1835, et près du sixième des décès qu'il observa dans la même période; tandis que, d'après des calculs que j'ai faits dans les hôpitaux pendant trois années successives, la proportion des pneumonies par rapport aux autres maladies médicales varie chez les adultes entre un quatorzième et un dix-septième, et j'ai estimé, en outre, que le dixième seulement des individus qui succombent étaient victimes d'une inflammation de poumons.

En résumé, nous trouvons que la pneumonie est une maladie de tous les âges; nous l'avons même vu affecter l'enfant encore renfermé dans le sein maternel, et devenir la cause de la mort du fœtus et d'un accouchement prématuré. Après la naissance la pneumonie est une maladie fréquente dans toutes les périodes de l'enfance, mais rarement primitive dans les cinq premières années de la vie; elle survient alors le plus souvent comme complication des maladies aiguës ou chroniques si nombreuses qui assiégent l'enfance. De six à quinze ans, la proportion des pneumonies devient

(1) *Rech. sur les maladies de la vieillesse. Mémoires de l'Acad. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 1.

beaucoup moins considérable; c'est la période de l'enfance qui en produit le moins. Pendant la puberté jusqu'à 20 ans la pneumonie est une maladie à peu près aussi commune qu'elle le sera plus tard chez les individus âgés de 40 à 50 ans; mais c'est de 20 à 30 que la phlegmasie pulmonaire a son maximum de fréquence pour l'adulte. Après avoir diminué dans les années suivantes jusqu'à 60, ans elle devient très commune à dater de cet âge, et c'est de toutes les maladies aiguës de la vieillesse la plus fréquente comme aussi la plus meurtrière.

## § II. — *Sexe.*

Tous les médecins depuis Cœlius Aurélianus (1) sont unanim e pour reconnaître que les hommes sont beaucoup plus souvent affectés de pneumonie que les femmes. Les relevés statistiques publiés depuis quelque temps ont prouvé que le nombre des pneumonies chez les hommes était généralement deux, trois et même quatre fois plus considérable que chez les femmes. Sur 97 cas de pneumonie observés par M. Chomel à l'hôpital de la Charité, il s'en est présenté 73 parmi les hommes, et 24 seulement parmi les femmes, bien que le nombre de lits fût presque le même pour les deux sexes (2). M. Briquet a trouvé 95 pneumonies chez les hommes pour 46 chez les femmes ; comme le service dont il est chargé à l'hôpital Cochin se compose d'un nombre égal de lits d'hommes et de femmes, il considère comme exacte pour les hôpitaux, la proportion qui établirait que la pneumonie des hommes est à celle des femmes comme 2 est à 1 (3).

Les faits que j'ai recueillis confirment ce que l'on a dit à ce sujet; ainsi sur 304 pneumonies, 236 avaient été observées chez l'homme et 68 seulement chez la femme. Pendant l'année 1837, quoique le nombre des lits consacré aux traitements des femmes fût d'un tiers plus considérable que dans le service des hommes, cependant sur 74 pneumonies qui furent traitées dans cet intervalle, il y en eut 56 dans la salle des hommes et 18 seulement dans celle des femmes. Cette prédominance de la pneumonie dans le sexe masculin existe non-seulement en France,

(1) Ch. 15.
(2) *Dictionn. de méd.*, 1re éd., t. XVII, p. 211.
(3) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 478.

mais elle a été constatée à peu près partout, mais surtout en Allemagne, par J. Frank (1), et Hildenbrand (2). Si on parcourt en effet les tableaux que ce dernier a publiés sur les maladies qu'il a reçues à l'Institut clinique de Vienne, depuis 1806 jusqu'en 1809, on voit que sur 57 pneumonies qu'il a traitées, 38 existaient chez les hommes, et 19 seulement chez les femmes (3).

Cette prédominance de la pneumonie chez les hommes indique-t-elle d'une manière certaine que le sexe masculin est une cause prédisposante de la pneumonie? Je ne le pense pas, je crois au contraire que l'influence exercée par le sexe est douteuse, incertaine, et que si les pneumonies se montrent en plus grand nombre chez l'homme que chez la femme, il faut en rechercher la cause dans la différence du régime, et des occupations de l'un et l'autre sexe. C'est ainsi qu'à Buhl (4) pays montagneux et peuplé de vignerons, où les femmes se livrent aux mêmes travaux que les hommes, le docteur Ruef a trouvé que les deux sexes étaient également prédisposés aux inflammations pulmonaires, puisque sur 94 pneumonies observées par lui dans l'espace de trois ans, il en a trouvé 44 chez les hommes et 50 chez les femmes (5). M. Munaret a également vu qu'à Hautbugey (Ain), pays de montagnes, où les femmes partagent les travaux des hommes, sur 37 cas de pneumonies, 20 existaient chez les hommes et 17 chez les femmes; (6) proportion bien différente de celle que nous observons à Paris. Enfin dans les prisons où l'habitation, le régime, les occupations sont à peu de chose près les mêmes pour les deux sexes, on a vu la pneumonie affecter également les hommes et les femmes; cela résulte surtout d'un compte-rendu, publié par M. le doc-

(1) *L. cit.*, p. 314.

(2) *Medeprati, trad. de Gauthier*, t. II, p. 263 et suiv.

(3) L'Institut clinique de Vienne contenait 24 lits, dont 12 pour les hommes et autant pour les femmes. (*L. cit.*, t. I, p. 59.)

(4) Pays du grand-duché de Bade.

(5) *Midicinische annalen*, 1er cahier du IIe vol., 1836, et *Gaz. méd.*, t. IV, p. 506, année 1836.

(6) *Bull. de l'Acad. royale de méd.*, Paris, 1840, t. IV, p. 447.

teur Talmouche (1) sur les maladies, qui pendant trois années consécutives furent observées dans la maison de détention de Rennes; la pneumonie, qui fut après la phthisie, la maladie la plus meurtrière, fut trouvée aussi fréquente dans la division des hommes que dans celle des femmes.

Les résultats obtenus chez les enfans viennent encore confirmer l'opinion que j'ai émise sur le peu d'influence qu'exerce le sexe dans la production de la pneumonie. J. Frank avait, en effet, reconnu depuis longtemps que les enfans des deux sexes étaient également sujets à la pneumonie (2), et cette assertion a été confirmée par les relevés stastistiques de plusieurs médecins modernes; ainsi M. Hache sur 108 cas de pneumonie a trouvé que les garçons avaient été affectés 50 fois et les filles 58 (3), et dans les faits recueillis par MM. Valleix et Vernois sur les nouveau-nés on trouve 67 garçons pour 62 filles (4). Il a paru également à MM. les docteurs Rilliet et Barthez que les sexe n'exerçait aucune influence bien marquée sur la pneumonie qui se développe chez les enfants de deux à cinq ans; qu'il n'en exerçait pas non plus sur celle qui chez les enfants de six à quinze, complique le plus souvent les affections préexistantes (5). MM. Rufz et Gerhard sont les seuls auteurs dont les résultats soient en opposition avec les faits précédens. Ces observateurs ont dit, en effet, que de six à quatorze ans, pour douze garçons atteints de pneumonie, il n'y avait que quatre filles (6); mais il est probable que la différence des résultats obtenus par eux dépend du petit nombre de faits sur lesquels il les ont établis.

### § III. — *Constitution, tempérament.*

Hippocrate a noté (7) que les individus robustes étaient plus souvent affectés de pneumonie que ceux qui présentaient une constitution contraire. Cette opinion du père de la médecine,

(1) *Annales d'hyg. et de med. légale*, t. XIV, p. 25 et 27.
(2) *L. cit.*, p. 514.
(3) *Thèse*, p. 54.
(4) *Clinique des maladies des enfans nouveau-nés*, p. 173.
(5) *L. cit.*, p. 78.
(6) *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 3e année, p. 104.
(7) *De aere, locis et aquis.*, édit. de Littré, Paris, 1840, t. II, p. 1.

adoptée par la plupart des pathologistes, est peut-être vraie pour les adultes, et les faits que j'ai recueillis semblent la confirmer, puisque sur 304 sujets atteints de pneumonie 222 étaient doués d'une constitution forte ou moyenne, et 82 seulement d'une constitution grêle et chétive. Cependant, pour conclure légitimement, il faudrait connaître exactement la proportion relative des individus forts et faibles; quoi qu'il en soit, les résultats obtenus chez les enfans diffèrent un peu des précédens. M. Valleix a remarqué en effet (1), que les nouveau-nés d'une constitution chétive et affaiblie étaient affectés de pneumonie en beaucoup plus grand nombre que les sujets sains et vigoureux. M. Rilliet et Barthez ont aussi noté que presque tous les enfans de deux à cinq ans qui contractaient la pneumonie avaient une complexion délicate, tandis que chez ceux de six à quinze ils observaient tous les attributs d'une bonne constitution (2).

Un degré d'embonpoint plus ou moins considérable paraît devoir être considéré comme une sorte de préservatif contre les inflammations pulmonaires; cette opinion, émise d'abord par Triller (3), fut ensuite adoptée par Morgagni (4), quoique ce grand médecin eût cité lui-même deux faits de pneumonies mortelles chez des individus chargés de graisse. Dans l'épidémie de 1812 à 1813 sur 81 individus, dont la constitution fut notée par M. Chomel, il y en eut sept qui présentaient un embonpoint remarquable; enfin j'ai vu moi-même la pneumonie survenir chez trois personnes qui offraient une obésité assez considérable. Ces faits, contraires à l'opinion de Triller, ne sont pas d'ailleurs assez nombreux pour faire croire avec F. Home que les individus qui ont beaucoup d'embonpoint sont au contraire plus prédisposés que d'autres à contracter la pneumonie.

Il est difficile de déterminer l'influence qu'exerce le tempérament sur l'aptitude à contracter la pneumonie. M. Chomel pense que la maladie frappe indistinctement tous les tempéramens, et

(1) *Clin.* , p. 174.

(2) *L. cit.*, p. 81.

(3) 20e *lettre*, p. 306, édit. de Désormeau.

(4) Même lettre 9 et 61.

(5) *Principia medicin.* p. 150, Amstelodami, 1775.

si de 1812 à 1813 ce professeur a trouvé que sur 81 pneumoniques il y en avait 60 qui présentaient les attributs du tempérament sanguin pur ou mixte, il pense que la prédominance de l'affection chez les sujets ayant un même tempérament, doit être regardée comme une particularité propre à l'épidémie qu'il observait; circonstance qui avait été notée également dans l'épidémie meurtrière de pneumonie, qui régna en 1751 et que Brambilla a décrite. Ce savant médecin avait remarqué que les personnes faibles, valétudinaires ou avancées en âge en étaient rarement atteintes, tandis que la maladie sévissait fortement sur les personnes jeunes, pléthoriques, sur les soldats pleins de vigueur et de santé (1).

M. Bouillaud dit que des faits multipliés l'ont conduit à considérer le tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin, comme constituant une véritable prédisposition organique pour contracter la pneumonie (2). Il est à regretter que ce professeur ne nous ait pas fait connaître les résultats sur lesquels il fonde l'opinion qu'il a émise, puisque sur les 26 malades dont il donne les observations dans sa clinique, il n'y en a que six qui aient offert les conditions organiques qu'il indique; d'ailleurs, il résulte de l'analyse de mes propres observations, que plus de la moitié des sujets atteints de pneumonie avaient un tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin; chez un quart on reconnaissait les traits du tempérament sanguin pur, enfin les autres appartenaient aux tempéramens bilieux ou nerveux; mais celui-ci, le plus rare de tous, se remarque à peine dans un douzième des cas. Malgré la prédominance du tempérament lymphatique ou lymphatico sanguin, je ne pense pas cependant qu'on doive reconnaître en eux une cause prédisposante de la pneumonie; car la prédominance de ces tempéramens se remarque pour toutes les autres maladies, et elle dépend uniquement du climat dans lequel nous observons, et où les tempéramens lymphatico-sanguin semblent exister en beaucoup plus grand nombre que les autres. C'est ce qui explique peut être d'une manière assez satisfaisante pourquoi Hippocrate, qui observait sous des latitudes plus chaudes que les nôtres, a prétendu

(1) *Quarin*, t. II, p. 151.
(2) *Clin. de l'hôp. de la Charité*, t. II, p. 145.

que la pneumonie affectait plus souvent les hommes secs et robustes (1).

§ IV. — *Conformation thoracique.*

Quarin (2) dit avoir reconnu que les bossus, que les individus dont le thorax est déformé, sont plus sujets à la pneumonie que ceux dont la poitrine est régulièrement conformée. F. Home (3) regarde aussi la même affection comme étant plus commune chez les personnes dont la poitrine est étroite. Il semblait en effet très rationnel de supposer que des poumons sans cesse comprimés dans un thorax trop étroit et empêchés dans leur expansion, dussent s'enflammer d'autant plus facilement, que chez la plupart des bossus ces organes sont le siége habituel d'une stase sanguine plus ou moins considérable. Cependant l'observation clinique ne confirme point les présomptions que l'on pouvait avoir d'après l'examen anatomique des thorax rachitiques. En effet, depuis plus de trois ans que je connais l'opinion professée par le célèbre médecin de Vienne, j'ai interrogé tous les bossus qui se sont offerts à mon observation. J'ai recherché avec le plus grand soin s'ils avaient éprouvé, à une époque quelconque de leur existence, les symptômes caractéristiques d'une inflammation pulmonaire. Or, sur vingt-huit bossus de 20 à 75 ans, dont la plupart avaient dépassé 35 ans et sur les antécédents desquels j'ai pu me procurer des renseignemens positifs, j'ai constaté qu'aucun de ces individus n'avait éprouvé antérieurement des symptômes pneumoniques; et cependant chez tous ces individus les poumons étaient gênés dans leur action; il y avait une dyspnée habituelle; la plupart étaient affectés de bronchite chronique ou d'emphysème pulmonaire; enfin, chez un quart la figure et les extrémités des membres offraient une couleur bleuâtre habituelle, et plusieurs fois leur vie avait été mise en péril, par suite des accidens d'asphyxie qui s'étaient déclarés.

M. le docteur Bouvier, qui est à la tête d'une institution orthopédique, m'a dit que la pneumonie est une des maladies ai-

(1) *De aere, locis,* etc.

(2) *Traité des fièvres,* t. II, p. 150.

(3) *Principia medicin.,* p. 150.

gués les plus rares chez les bossus; car depuis douze ans il n'en a observé qu'un seul exemple dans sa pratique. Ce médecin, aussi honorable que laborieux, ayant bien voulu me confier plusieurs de ses manuscrits, j'ai vu que parmi les nombreux cadavres de bossus qu'il avait ouverts dans nos hôpitaux, il n'y en avait que quatre qui eussent présenté une pneumonie à laquelle il fallut rapporter exclusivement la mort des malades. Enfin, sur une dizaine de sujets contrefaits que j'ai vus moi-même succomber depuis dix ans dans les hôpitaux, il n'y en a qu'un seul qui soit mort de pneumonie. Ainsi, tous les faits qui précèdent nous permettent de conclure que, contrairement à l'opinion de Quarin, la pneumonie est une maladie qu'on observe assez rarement chez les bossus. Cependant, je ne prétends parler ici que des pneumonies idiopathiques et primitives, car les pneumonies secondaires m'ont paru, au contraire, plus fréquentes chez les bossus que chez la plupart des autres sujets du même âge et ayant succombé à des affections analogues. C'est ainsi que sur 24 bossus morts de diverses maladies, 16 ou les deux tiers présentèrent des traces de pneumonie, et chez la moitié d'entre eux cette phlegmasie devait être considérée comme ayant déterminé la mort des individus. Les bossus se trouvreaient donc dans les mêmes conditions que les enfans de deux à cinq ans, chez lesquels les pneumonies primitives sont extrêmement rares, tandis que les pneumonies secondaires se développent dans le cours de la plupart des maladies qui sont suivies d'une issue funeste.

## § V. — *Pneumonies antérieures.*

Il est des maladies qui récidivent fréquemment et dont une première attaque constitue réellement une sorte de prédisposition à en être affecté de nouveau; tel est le rhumatisme articulaire; telles sont les affections érysipélateuses, et en particulier l'érysipèle de la face, etc. J'ai dû rechercher s'il en était de même pour la pneumonie, car cette question était d'un haut intérêt soit pour l'étiologie soit pour le pronostic. J'ai donc interrogé les malades avec soin sur les antécédens; j'ai surtout insisté auprès d'eux pour savoir si à une époque quelconque de leur vie passée ils avaient été affectés de pneumonie. Lorsque leur réponse était affirmative, je ne m'en tenais point à cette première déclaration, et avant d'enregistrer le fait comme exact,

il fallait que les malades pussent m'indiquer les principaux symptômes qui pouvaient caractériser l'affection ; j'insistais surtout sur la douleur de côté, la fièvre, les crachats, la durée de la maladie et le traitement par lequel on l'avait combattue. S'il m'était impossible de vérifier, pour ainsi dire, par moi-même l'exactitude du diagnostic ; je considérais le fait comme non avenu.

En procédant avec ces précautions dans l'interrogatoire, voici ce que j'ai obtenu. Sur 175 malades interrogés comme il vient d'être dit, j'en ai trouvé 54 qui avaient éprouvé à une époque plus ou moins éloignée, les symptômes d'une pneumonie suffisamment caractérisée. Les récidives ont eu lieu en proportion à peu près égale chez l'un et l'autre sexe. Le nombre des récidives a varié pour chaque individu de une à huit. Les femmes, au moment où je les observais, n'avaient été affectées qu'une seule fois de pneumonie, à l'exception pourtant de deux d'entre elles, qui en comptaient jusqu'à cinq, tandis que chez un tiers des hommes la pneumonie se reproduisait pour la 3e, 4e, 5e, 7e ou 8e fois. Ces récidives, moins fréquentes chez la femme que chez l'homme, sont en rapport avec le nombre moins grand des pneumonies chez les premières. La plupart des récidives ont eu lieu de 30 à 60 ans, en divisant cet espace en trois périodes de 10 années chaque; c'est celle de 40 à 50 qui en a le moins présenté ; les autres en ont offert un nombre à peu près égal. La distance entre chaque récidive a varié entre un mois et vingt ans ; dans la plupart des cas elle a été de trois à cinq ans. On peut dire qu'en général la longueur des intervalles fut d'autant plus courte que les récidives devinrent plus fréquentes. Cependant, chez plusieurs malades les premières pneumonies se sont succédé à quelques mois ou à un an de distance, tandis qu'il y avait parfois un intervalle de 5, 6 ou 7 ans et plus encore entre la dernière attaque et celle que j'observais. Les faits qui précèdent démontrent, je pense, qu'un individu est d'autant plus prédisposé à la pneumonie qu'il en a antérieurement déja éprouvé un plus grand nombre d'atteintes. Il est des individus chez lesquels cette disposition se reproduit un nombre de fois considérable pendant la vie. Ainsi, M. Chomel (1) a soi-

(1) *Dictionnaire de méd.* vol. 17, p. 214.

gné un malade qui était affecté de pneumonie pour la dixième fois. Jos. P. Frank (1) a vu également un sujet chez lequel l'inflammation pulmonaire se reproduisait pour la onzième fois ; enfin, Rush parle d'un Allemand, habitant Philadelphie, qui en a subi 28 attaques consécutives (2).

Non-seulement la pneumonie a de la tendance à sévir de nouveau sur un individu qu'elle a affecté une première fois ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans les récidives qui ont lieu, l'inflammation occupe de préférence le poumon qui a été affecté une première fois. J'ai pu, chez 35 malades, préciser, je crois, assez exactement le côté de la poitrine que les pneumonies avaient occupé dans les attaques antérieures. Pour l'établir, j'avais égard au siége de la douleur et aux traces qu'avaient laissées sur tel ou tel point du thorax les sangsues, les ventouses ou les vésicatoires qu'on avait employés généralement dans le traitement de ces phlegmasies. Ainsi, sur les 35 malades dont je parle, 25 fois la pneumonie a toujours occupé le même poumon, chez les autres 10 malades l'inflammation a changé de côté à mesure qu'elle se reproduisait sur le même individu. Parmi ces 35 malades, la pneumonie gauche a récidivé 16 fois, et la droite 9 fois, différence qui est beaucoup plus considérable qu'elle ne le paraît de prime abord, si l'on se rappèle que les pneumonies droites sont beaucoup plus fréquentes que les pneumonies gauches. Ce résultat me porterait à croire que les récidives sont plus communes pour les pneumonies gauches que pour celles qui occupent le poumon droit. Mais je n'établis cela que comme une présomption; car, pour qu'il y eût démonstration à ce sujet, je voudrais posséder un beaucoup plus grand nombre de faits.

N'ayant pas observé les malades dans leurs premières attaques de pneumonie, je ne puis décider si le siége que la phlegmasie a occupé a rendu les récidives plus ou moins fréquentes. M. Briquet (1) pense que celles-ci sont plus communes après les pneumonies du sommet qu'après celles qui ont envahi les autres portions du viscère. C'est ainsi que sur 18 cas de pneumonie du lobe supérieur, il s'est trouvé 5 sujets qui ont eu des récidi-

(1) *Inter. clinicæ Obs.* Selec., Tubingue, 1842, p. 96.
(2) *Cyclop. of pract. med.*, t. III, p. 406.
(3) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 481.

ves, tandis qu'il ne s'en est présenté que 11 sur 64 cas de pneumonie de la base. Je crains que M. Briquet n'ait ici fait erreur, et n'ait confondu la *récidive* d'une maladie avec la simple *rechute*; il serait, en effet, très extraordinaire qu'un aussi grand nombre de malades que ce médecin aurait guéris d'une première pneumonie, fussent revenus dans le même service pour les récidives qu'ils auraient éprouvées plus ou moins longtemps après. C'est précisément parce que les malades qu'on a soignés et guéris une première fois nous reviennent rarement pour les récidives qu'ils éprouvent une ou plusieurs années plus tard, qu'il est à peu près impossible de déterminer d'après la pratique des hôpitaux, si le siége que la pneumonie a occupé dans une première attaque exerce quelque influence sur le nombre des récidives et la rapidité avec laquelle elles s'effectuent.

### § VI. — *Conditions sociales.*

La pneumonie est une maladie qui, chaque année, fait périr un grand nombre d'individus appartenant à toutes les conditions sociales. La science ne possède encore aucun renseignement un peu précis pour pouvoir comparer le degré de fréquence de la maladie dans la classe aisée et chez les individus pauvres. Il est probable, cependant, que, comme la plupart des maladies auxquelles l'espèce humaine est sujette, la pneumonie se montre plus fréquemment dans la classe indigente et qu'elle y produit aussi une plus grande mortalité.

Mais, à défaut de preuves directes qui nous manquent, je puis invoquer à l'appui de l'opinion que je viens d'émettre, les résultats obtenus par les médecins anglais sur les officiers et les soldats de leur nation qui servent dans les colonies de la Méditerranée et de l'Amérique. Ainsi, en comparant la fréquence de la pneumonie chez l'officier et le soldat, on trouve que chez les premiers la maladie est deux ou trois fois moins fréquente que chez les seconds; si, en effet, la proportion des pneumonies ou des maladies aiguës graves de poitrine observées dans les stations de la Méditerranée, varie de 32 à 42 par chaque mille hommes de troupes, elle n'est que de 14 1/10, chez le même nombre d'officiers. Les observations faites dans le Canada ont donné le même résultat, puisque si, pour mille soldats, on observe 43 pneumonies dans le haut et le bas Canada,

un nombre égal d'officiers n'en fournit pour les deux provinces que 10 6|10.

Une si grande différence s'explique naturellement par les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les deux espèces d'individus que nous comparons. Le soldat, qui peut représenter ici la classe pauvre de la société, fait les travaux les plus rudes; il est davantage exposé aux intempéries de l'air; sa nourriture est plus grossière, c'est lui que les privations de toute sorte atteignent le plus souvent, et la discipline ne l'empêche pas de se livrer à tous les excès et surtout à l'ivrognerie. L'officier, au contraire, mieux nourri, mieux logé, mieux vêtu et surtout plus sobre, doit à ces circonstances plus favorables d'être affecté moins souvent de pneumonie. Les soldats sont frappés en d'autant plus grand nombre et la maladie sévit chez eux avec d'autant plus de rigueur que les conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent sont elles-mêmes plus fâcheuses. Si, en effet, on compare la fréquence de la pneumonie chez les soldats blancs et les troupes nègres, ainsi que les pionniers qui servent dans les colonies d'Amérique, on voit que, placés dans les mêmes localités, nourris, vêtus et logés à peu près de la même manière, la pneumonie, cependant, affecte les premiers beaucoup moins souvent que les seconds. Une si grande différence dépend de ce que les pionniers sont occupés à tous les travaux publics, et que l'on donne aux troupes nègres tous les postes et toutes les corvées qui pourraient nuire à la santé des soldats blancs (1). Le tableau suivant va présenter d'ailleurs la proportion relative des pneumonies qu'on observe chez les soldats blancs et chez les nègres qui servent dans la plupart des colonies anglaises d'Amérique.

(1) *Statis report on the Sickness, mortality and invaliding among the troops in the West Indies*, p. 4.

| NOM DES COLONIES. | DÉSIGNATION DES TROUPES. | Nombre de pneumonies par chaque mille hommes de troupes. |
|---|---|---|
| Iles Saint-Christophe et Tortola. . . . . . . . | Soldats blancs. . . . . . . | 0,8 |
| idem. . . . . . | Id. noirs et pionniers. . . | 4,1 |
| Antigoa et Montserrat . . | Id. blancs. . . . . . . . | 1,2 |
| id. . id. . . . | Id. noirs et pionniers. . . | 3,1 |
| La Dominique. . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 0,6 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs et pionniers. . . . | 2,8 |
| Ste.-Lucie. . . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 2,2 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs pionniers. . . . . | 2,1 |
| La Barbade. . . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 2,0 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs pionniers. . . . . | 4,3 |
| Ile deBahamas. . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 5,6 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . | 24,5 |
| La Jamaïque. . . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 13,5 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . | 11,6 |
| Ile St.-Vincent. . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 1,4 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . | 5,6 |
| Ile Grenade. . . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 0,6 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . . | 4,7 |
| Ile Tobago. . . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 2,0 |
| id. . . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . | 4,7 |
| Trinidad. . . . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 3,2 |
| id. . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . | 4,8 |
| Guiane anglaise. . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 0,39 |
| Id. . . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . | 1,21 |
| Iles du vent. . . . . . | Id. blancs. . . . . . . . | 22 |
| Id. . . . . . . . | Id. noirs, pionniers. . . . | 44 |

On voit, en parcourant le tableau qui précède, que pour chaque colonie en particulier, et cela à part une petite exception, la pneumonie est beaucoup plus fréquente parmi les soldats noirs que parmi les blancs. N'y aurait-il ici qu'une influence de race? La chose n'est pas probable. Je crois qu'il est impossible de méconnaître, dans ces cas, l'action que doivent exercer sur ces deux classes d'individus des conditions hygiéniques différentes, de même que nous avons vu tantôt des soldats d'une même nation, ne différant entre eux que par leurs grades, présenter pour la pneumonie une aptitude différente, et qui était en rapport avec les conditions plus ou moins fâcheuses auxquelles ils étaient exposés.

Je ferai remarquer en terminant, que les résultats uniformes et à peu près constants qui ont été obtenus sur la même question pendant une longue série d'années, par des médecins nombreux exerçant dans des lieux fort différens, déposent en faveur des documens dont je me suis servi pour éclairer la question dont je viens de m'occuper.

## § VII. — *Professions.*

Si on s'en rapporte au témoignage des auteurs, il y a un certain nombre de professions dans l'un et l'autre sexe qui exposent plus spécialement les individus qui les exercent à contracter des inflammations pulmonaires. Ainsi, d'après Stoll (1), les pneumonies affecteraient fréquemment les individus qui exercent des professions sédentaires, et surtout les tailleurs d'habits qui, ayant habituellement pendant leur travail le corps courbé et la tête penchée en avant, doivent, suivant cet auteur, éprouver fréquemment une congestion ou une pléthore locale des poumons qui rend ces organes plus susceptibles à s'enflammer. J. Frank, après avoir combattu l'assertion de Stoll, signale les boulangers, les verriers, les forgerons, les cochers, les courriers, les portefaix comme étant plus fréquemment que d'autres affectés de pneumonie, probablement par suite des changemens brusques de température auxquels ils sont exposés. Cependant Thackrah (2) a cité plusieurs états dans lesquels les individus qui les font, sont forcés de rester dans des chambres chauffées à 110 ou 130° Far.; et bien que s'exposant fréquemment à l'air extérieur, ils ne sont pas plus souvent atteints de pneumonie que d'autres. Laënnec (3) semble regarder aussi la maladie comme étant peu commune chez les boulangers, tandis que les commissionnaires stationnant au coin des rues en seraient fréquemment affectés. Enfin M. Chomel dit que de toutes les professions, celles qui exposent le plus aux intempéries de l'air, telles que celles de charpentier, de domestique et surtout de maçon, sont celles qui sur le nombre d'environ 230 individus, ont fourni le plus de

(1) *Med. prat.*, t. 1er, p. 154. Ed. de Mahon.
(2) *The effects of arts, trades and profess.* London, 1832, p. 137.
(3) *Loc. cit.*, t. 1, p. 546, 4e édit.

pneumoniques. Ayant noté la profession qu'avaient exercée 212 hommes atteints de pneumonie, j'ai trouvé parmi eux 44 maçons, 23 journaliers et 19 boulangers; les autres états comptaient un nombre d'individus beaucoup moins considérable. En conclurons-nous que les trois professions dont je parle, et surtout que celle de maçon, prédisposent plus spécialement à la pneumonie? Je n'oserais l'affirmer, car nous n'avons pas tous les élémens nécessaires pour résoudre cet important problème. Pour le faire, il faudrait en effet connaître exactement le nombre d'individus que l'on compte à Paris dans chaque profession; mais même en possédant cette donnée il serait encore difficile d'éclairer suffisamment la question dont il s'agit, puisqu'on ignorerait encore quel est le chiffre comparatif des individus qui, devenant malades, se font traiter chez eux et ceux qui viennent réclamer les secours de la charité publique. Il est en effet plusieurs états tels que ceux de tailleur, de cuisinier, de conducteur, de charretier, de chargeur, de charpentier, etc., etc., qu'on regarde comme prédisposant à la pneumonie; cependant si on consulte les statistiques faites dans les hôpitaux, on trouve qu'il n'y a qu'un petit nombre d'individus appartenant à chacune de ces professions. Cela ne prouve pas pourtant que les métiers dont je parle ne prédisposent pas à la pneumonie; mais les individus qui les exercent ayant pour la plupart une petite aisance, beaucoup pouvant user des ressources que leur donnent plusieurs associations de secours mutuels, préfèrent se soigner chez eux. Tout cela n'existe point pour les maçons; ceux-ci, pour la plupart, n'habitent Paris que passagèrement; ils y sont sans famille, logent dans des garnis; leurs ressources sont plus bornées; aussi se font-ils presque toujours transporter dans les hôpitaux dès qu'ils sont malades, de sorte que leur nombre n'indique pas nécessairement que l'état qu'ils font soit une cause prédisposante de pneumonie; du moins la profession qu'ils exercent n'est peut-être pas une cause aussi active qu'elle le paraît de prime abord. On voit donc combien sont grandes les difficultés que l'étude de ce sujet présente, difficultés dont paraissent à peine se douter beaucoup de médecins qui parlent de l'étiologie des maladies.

Il est encore quelques professions que les auteurs ont signalées comme exposant fréquemment aux inflammations pulmonaires.

C'est ainsi que Cadet Gassicourt (1) et M. Mérat (2) ont prétendu que les ouvriers employés dans les manufactures de tabac sont sujets aux affections aiguës et chroniques de poitrine, assertion qui a été réfutée victorieusement par M. D'Arcet et Parent Duchâtelet (3). Ce dernier a également prouvé, contre l'opinion de Baumes, que le séjour prolongé de l'homme dans les souterrains, au milieu des vapeurs infectes, fétides ou enivrantes, n'enflammait pas plus souvent la poitrine que le ferait l'exercice de toute autre profession. Ramazzini et récemment M. Pâtissier (4) en s'occupant de ceux qui ont habituellement les jambes dans l'eau, leur attribuent spécialement toutes les maladies qu'on dit dépendre de la suppression de la transpiration, et parmi lesquelles figurent les pneumonies et les pleurésies. Mais le laborieux Parent a encore prouvé que ces opinions étaient au moins exagérées et qu'elles avaient été émises par les auteurs sur la foi d'une vieille théorie, qui veut que toutes les affections de poitrine reconnaissent pour cause la suppression de la transpiration. Or, comme le froid, l'humidité, et surtout l'immersion dans l'eau, sont réputées les causes les plus actives de cette suppression on aurait pu en conclure *à priori* qu'aucune classe ne serait plus gravement et plus fréquemment affectée de pneumonie, de rhumatisme, etc., que les débardeurs. Cependant sur 670 hommes exerçant cette profession, et qui tous furent interrogés par Parent, *un seul* avait eu une fluxion de poitrine, et tous les témoignages se sont réunis pour démontrer combien étaient rares chez eux les maladies attribuées vaguement au refroidissement (Catarrhes, pneumonies, rhumatismes) (5). Thackrah dit aussi (6) que les briquetiers exposés aux intempéries et travaillant les pieds nus dans un gâchis humide, sont néanmoins assez rarement affectés de pneumonie, puisque ce médecin ayant interrogé 32 briquetiers sur leurs antécédents, il n'en trouva aucun qui eût éprouvé avant l'époque où il les

(1) *Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. VIII, p. 160.

(2) *Dictionnaire des Sciences médicales*, art. *Tabac.*

(3) *Annales de l'hygiène publique*, 1829, t. II, p. 558.

(4) *Traité des maladies des artisans et de celles qui résultent des diverses professions.* Paris, 1822, p. 261.

(5) *Hyg. publ.*, t. II, p. 607.

(6) *The Effects of arts, trades and profess.* London, 1837, p. 14.

observait, quelque symptôme de pneumonie, quoique dans ce nombre il y en eût plusieurs très âgés.

Il est également certain que les ouvriers qui vivent au milieu d'une atmosphère chargée de particules minérales ne sont pas plus souvent affectés de pneumonie que les autres ; mes observations le prouvent. Si on veut, en outre, consulter les recherches de Trackrah et de Forbes sur les mineurs, celles de Johnstone de Worcester, et de Knight sur les fabricans d'aiguilles et les émouleurs, etc., etc., on se convaincra que tous ces ouvriers meurent en grand nombre de consomption sans être plus sujets que d'autres à l'inflammation des poumons. Toutefois, la pneumonie affecte peut-être plus souvent les malheureux ouvriers d'Édinbourg occupés à tailler des pierres. C'est, du moins, ce qui semble résulter du travail du docteur Alisson (1), qui a généralement trouvé chez ceux qui ont succombé des portions plus ou moins considérables des poumons où le tissu était dur, condensé, tandis que dans d'autres points existait un ramollissement pulpeux ressemblant en quelque sorte au tissu ordinaire de la rate. Ces altérations sont évidemment le résultat d'un travail inflammatoire ; mais il resterait à déterminer si ces pneumonies sont primitives ou secondaires, et s'il n'y a pas quelque autre circonstance que la profession qui pût en expliquer le développement.

Puisque les hommes livrés aux travaux rudes, exposés au froid et à l'humidité, à l'intempérie des saisons et aux changemens brusques de température sont affectés de pneumonie en plus grand nombre, il semblerait assez naturel de supposer que cette maladie dût sévir particulièrement chez les marins. Cependant, malgré les conditions en apparence si fâcheuses auxquelles ces individus sont exposés journellement, la pneumonie est peut-être une maladie qu'on observe moins communément qu'on ne croit à bord des navires qui naviguent en pleine mer. Plusieurs médecins signalent bien la gravité de la pneumonie chez les marins; mais ils ne disent pas

(1) *Observ. on the pathol. of Scrofulous* (Transactions of the medico-chirurgical of Edinburgh, 1824, t. I, p. 365).

que cette maladie soit très fréquente chez eux. John Clarck (1), dans une bonne relation qu'il donne d'un voyage dans les Indes Orientales, MM. Lesson (2) et Eydoux (3), dans leur voyage autour du monde, et pendant une navigation pénible de trois ou quatre ans, n'observèrent aucun cas de pneumonie, bien qu'ayant passé par les latitudes les plus opposées, les marins eussent été exposés aux causes les plus puissantes de refroidissement.

Il est difficile de dire pourquoi la pneumonie est une affection qu'on observe aussi rarement sur les navires qui naviguent en pleine mer. Quelques personnes peut-être croiront expliquer cette rareté de la maladie, en disant qu'à latitude égale, le froid se fait sentir moins vivement sur mer que sur terre; car dans la première, il n'y pas ces accidens de terrain qui, sur le continent, concentrent et accélèrent les vents. Mais, à supposer que ce fait soit exact, il est constant cependant, d'après le témoignage des chirurgiens de marine, que les équipages sont fréquemment exposés aux mêmes causes de refroidissement que nous, et que, lorsqu'ils sont sous certaines latitudes, ils sont soumis à des intempéries, à des variations brusques de température, bien autrement fortes que celles que nous invoquons tous les jours pour expliquer le développement de plusieurs maladies aiguës. Je crois que cette fréquence moindre de la pneumonie et de la plupart des autres maladies graves chez les marins, dépend plutôt de ce qu'au milieu même des fatigues de leur état, ces individus mènent une vie assez régulière. Mais si, au lieu de naviguer dans la haute mer, le marin est employé dans les croisières, lorsque surtout il peut descendre souvent à terre, et que, libre du joug de la discipline du bord, il se livre sans frein à tous les excès possibles, on voit alors les maladies aiguës sévir chez lui en plus grand nombre.

D'après quelques renseignemens qui m'ont été adressés par M. Reynaud, médecin en chef de l'hôpital maritime du port de Toulon, la pneumonie ne serait point en effet une affection rare

(1) *Obs. on the diseases which prevail in long voyages to that countries.* London, third ed. 1809.

(2) *Voyage autour du monde sur la corvette* la Coquille, Paris, 1829.

(3) *Journ. hebdom.*, année 1830.

sur les navires de guerre qui croisent dans la Méditerranée, et surtout dans les mers du Levant. Il paraît même que dans le printemps de l'année 1840, la pneumonie régna épidémiquement à bord du vaisseau l'*Alger*. Cependant, dans les temps ordinaires, cette affection n'est pas très-commune dans les mêmes parages. Il résulte, en effet, de trois relevés qui m'ont été adressés sur les maladies qui régnèrent à bord de trois bâtimens de l'état en station sur les côtes de la Méditerranée, que la pneumonie n'a formé qu'un vingt-huitième ou vingt-neuvième, et même un soixante-dix-septième des maladies internes qui furent observées à une certaine époque. Il est vrai que, d'après quelques autres documens qu'on m'a fournis, la pneumonie paraîtrait être un peu plus commune dans la Méditerranée que je le dis ici; toutefois, comme les renseignemens ne sont pas assez précis, comme ils ne s'appuient sur aucun résultat numérique, je n'ai pu les utiliser pour éclairer la question que j'étudie actuellement.

Quels que soient d'ailleurs le climat et la latitude, les pneumonies paraissent sévir plus fréquemment sur les navires qui sont à peu de distance des côtes que sur ceux qui tiennent constamment la haute mer; mais pourtant même alors, la maladie ne doit pas être regardée comme très-commune chez le marin, eu égard surtout aux conditions fâcheuses auxquelles ces individus sont journellement exposés. C'est ainsi qu'un navire qui pendant onze mois stationna à Madagascar, aux îles de France, Bourbon, Séchelles, etc., ne compta que 11 pneumonies sur 2569 hommes à bord. Si on lit la relation médicale que W. Donelly a publiée (1) sur les maladies qui furent observées pendant une navigation de trois ans et quatre mois sur un vaisseau anglais en croisière sur les côtes d'Angleterre et de l'Amérique du nord, on voit que sur 1150 maladies qui se déclarèrent à bord on ne compta que 14 cas de pneumonie. Il serait impossible d'expliquer ce petit nombre de pneumonies par une influence de climat, puisque, si on consulte les registres de l'hôpital maritime d'Hallifax, on trouve que la pneumonie y est fréquente, puisqu'elle forme le dixième des maladies qui y sont habituellement traitées. Des faits que je viens d'exposer,

(1) *Edinb. med. and surgic. Journal*, January, 1835.

il semble résulter que la pneumonie est une affection qui dans les temps ordinaires se montre peu communément à bord des navires naviguant dans la haute mer. Au contraire, la maladie est plus fréquente sur les équipages en croisière ou qui communiquent souvent avec la terre. Enfin, dans les ports de mers la pneumonie paraît être observée assez fréquemment ; c'est ce que nous avons vu pour l'hôpital d'Hallifax ; on dit aussi que dans celui de Toulon la maladie est assez commune, et il paraît qu'elle affecte surtout les conscrits destinés aux corps spéciaux de la marine ou appelés à servir comme marins sur les bâtimens de l'état.

En résumé, il faut convenir que, considérées d'une manière générale, les professions de l'homme qui exigent de grands efforts musculaires, celles qui sont exercées en plein vent, et qui exposent les ouvriers aux intempéries de l'air, comptent deux fois et demie plus de pneumoniques que les états sédentaires exercés pour la plupart dans des lieux clos ou à l'abri des vicissitudes atmosphériques. Cependant on a vu, par ce qui précède, combien il est difficile de résoudre les questions qui se rattachent à l'influence des professions, et on a pu se convaincre aussi qu'il n'y a pas un rapport constant entre la fréquence des vicissitudes atmosphériques auxquelles certains états exposent et le nombre de pneumonies qu'on observe dans plusieurs classes d'ouvriers.

Parmi les professions que les femmes exercent, y en a-t-il quelques-unes qu'on doive regarder comme prédisposant davantage que d'autres à la pneumonie? Faut-il croire, par exemple, avec J. Frank, que la maladie sévit surtout chez les blanchisseuses et les cuisinières, dont les occupations les exposent à des changemens de température et à de fréquens refroidissemens? Mes observations ne confirment point l'opinion émise par J. Frank, puisqu'il résulte de l'analyse des faits, que les professions de cuisinière et de blanchisseuse réunies ne fournissent pas le quart des pneumonies que j'ai observées chez les femmes reçues dans nos hôpitaux.

Pour apprécier d'une manière plus complète l'influence des professions, chez la femme j'ai établi deux catégories. Dans la première j'ai placé toutes les professions sédentaires, exercées à l'abri des intempéries de l'air ; j'ai rangé dans la deuxième toutes

celles qui sont faites en plein air, ou celles qui exposent d'une manière quelconque les personnes qui les exercent, à l'humidité, aux refroidissements, aux changements brusques de température (1). Or, sur 68 cas de pneumonies, observées chez les femmes, 33 appartiennent à la première catégorie et 35 à la deuxième. Ces résultats pourraient faire croire que les professions diverses exercées par les femmes n'ont aucune influence sur le développement des pneumonies. Cependant, une pareille conclusion ne serait point exacte. On sait en effet qu'à Paris, il y a bien plus de femmes qui se livrent aux professions sédentaires qu'aux professions actives, et si on trouve un nombre à peu près égal de pneumonies dans ces deux catégories, il faut en conclure que, comme nous l'avons déjà vu chez l'homme, les professions actives prédisposent davantage aux inflammations des poumons que celles qui sont sédentaires. Il faut se rappeler d'ailleurs, que, d'après les recherches des docteurs Muneret et Ruef, dans les pays où les femmes partagent tout-à-fait avec les hommes les travaux agrestes, la proportion des pneumonies devient à peu près égale dans les deux sexes; et qu'il paraît en être de même dans les prisons.

En résumé, nous voyons encore que, considérées d'une manière générale, les professions rudes, qui exigent de grands efforts ou qui exposent les femmes aux intempéries, prédisposent davantage aux pneumonies que les professions sédentaires. Cependant, de même que chez l'homme on ne saurait en préciser aucune spécialement, qu'on pût considérer comme ayant une action plus directe que les autres, et tout ce qu'on a dit à ce sujet est loin d'être démontré.

La menstruation, l'allaitement et l'état puerpéral sont tout autant de circonstances qu'on a encore signalées comme pouvant favoriser le développement des pneumonies chez les femmes.

1° *Menstruation.* On croit assez généralement que les femmes, pendant la période menstruelle, sont plus sensibles aux différentes causes morbides, et que les affections aiguës débutent

(1) Dans la première catégorie, j'ai placé les couturières, les modistes, les demoiselles de comptoir, les femmes de chambre, les brodeuses, etc.; dans la seconde sont comprises les cuisinières, domestiques, repasseuses, blanchisseuses, journalières, les marchandes à la halle, les marchandes ambulantes, etc.

souvent à cette époque. J'aurais voulu déterminer s'il en était ainsi relativement à la pneumonie ; mais les faits que j'ai recueillis sont trop peu nombreux pour résoudre la question, et si j'en donne l'analyse, c'est afin de provoquer de nouvelles recherches sur ce point. Chez 11 femmes qui eurent une pneumonie, je déterminai avec précision toutes les circonstances qui se rattachaient à la menstruation. Celle-ci était parfaitement régulière chez 10 malades, 4 avaient eu leurs règles depuis huit, quinze ou vingt jours lorsque la pneumonie débuta. Une des femmes avait un retard de douze jours lorsqu'elle tomba malade. Enfin, les 6 autres étaient arrivées à l'époque menstruelle. Parmi celles-ci, 3 furent affectées de pneumonies pendant que les règles coulaient encore. Une circonstance qui mérite d'être mentionnée, c'est que l'écoulement sanguin eut à peu près l'abondance et la durée qu'il avait dans l'état de santé et ne fut pas sensiblement modifié par la maladie. Les 3 autres femmes étaient arrivées à l'époque menstruelle lorsqu'elles tombèrent malades; mais les règles n'avaient pas encore paru, et la pneumonie eut pour effet d'en empêcher l'éruption. S'il était permis de conclure d'un aussi petit nombre de faits, je dirais que pendant toute la durée de l'époque menstruelle, les femmes sont plus prédisposées à la pneumonie que dans les autres temps; il est donc prudent qu'elles évitent alors avec plus de soin que jamais les causes qui pourraient en provoquer le développement. La non-apparition des règles à leur époque ordinaire, leur suppression brusque ou la diminution dans la quantité et la durée de l'écoulement peuvent-ils déterminer l'explosion d'une pneumonie? Les auteurs l'ont dit, mais ne l'ont point prouvé, et jusqu'à présent je n'ai vu moi-même aucun fait qui le démontre.

2° *Allaitement.* J. Frank a prétendu (1) que la pneumonie affecte fréquemment les nourrices. Cette opinion est d'ailleurs fort ancienne ; car si on parcourt les livres d'accouchement ou qui traitent des maladies des femmes, surtout ceux des derniers siècles, on voit que les médecins de ces époques regardaient les femmes récemment accouchées et celles qui allaitent leur enfant comme étant fréquemment affectées d'inflammation pul-

(1) *Loc. cit.*, p. 514.

monaire. Cette opinion est certainement exagérée; je n'ai observé qu'une seule fois une pneumonie survenue chez une nourrice. Attaché pendant une année entière à la salle d'accouchemens de l'Hôtel-Dieu où nous avons conservé souvent pendant une partie de l'hiver des femmes qui allaitaient leur enfant, je n'ai jamais eu occasion d'observer, ni chez elles ni chez les autres femmes récemment accouchées, aucun cas de pneumonie; pareille remarque a été faite à l'hospice de la Maternité, par mon ami le docteur Jacquemier, dont le nom est déjà si honorablement connu dans la science obstétricale. Enfin, pendant un service de huit mois au bureau central où j'ai eu l'occasion de visiter un grand nombre de nourrices malades, je n'ai jamais rencontré chez elles des cas de pneumonie. Cependant, elles n'en sont pas à l'abri, car, sous l'influence de certaines constitutions médicales, les pneumonies ont pu parfois se montrer assez fréquemment chez elles; c'est ce qui eut lieu, en particulier pendant l'année 1830, à la Maternité, où dans un seul trimestre on en observa onze cas (1). Mais c'est là un fait exceptionnel et qui n'empêche pas d'établir que les femmes récemment accouchées et les nourrices ne sont point spécialement prédisposées aux phlegmasies pulmonaires comme on l'a dit généralement. Il en est de même des femmes grosses, chez lesquelles je n'ai vu la pneumonie que trois fois.

Plus tard je reviendrai sur ces observations et sur celles que les auteurs ont publiées pour déterminer l'influence que la pneumonie exerce sur la grossesse et celle que l'état puerpéral imprime à son tour à la pneumonie elle-même.

### § VIIII. — *Influence des climats.*

La pneumonie règne dans tous les pays du globe, mais sa fréquence n'est pas la même partout. On la regarde comme étant une maladie commune dans les climats froids, plus rare dans les pays tempérés et surtout dans les régions équatoriales. Cependant, on ne possède encore à ce sujet que des données vagues et plus ou moins incertaines. J'ai donc essayé de réunir sur cette question les divers matériaux épars dans la science, afin de déterminer le plus exactement possible l'influence qu'exercent les climats sur la production des phlegmasies pulmonaires.

(1) Compte-rendu de M. Duplay. *Jour. hebdom.*, 1830, t. VII, p. 569.

Nous ne possédons aucun renseignement précis sur le degré de fréquence de la pneumonie dans le nord de l'Europe. Cependant, M. Dubois d'Amiens, après un séjour qu'il a fait en Russie, a annoncé qu'à Saint-Pétersbourg la pneumonie était une maladie assez commune, mais que son degré de fréquence n'était pas en rapport avec l'intensité du froid (1). Il est à regretter que M. Dubois n'ait pas essayé de déterminer, d'après des chiffres, le degré de fréquence de la pneumonie comparé à celui des autres maladies. La pneumonie paraît être encore une maladie fréquente et meurtrière à Hambourg, puisqu'elle figure pour un dix-septième dans le nombre total des décès qui ont eu lieu dans cette ville en 1837 (2). Enfin, Hoffmann a désigné la pneumonie comme étant une des maladies endémiques qu'on observe dans quelques parties de la Westphalie, de la Suède, de la Poméranie, du Danemarck et de la Russie (3). C'est pour l'Angleterre que nous possédons les renseignemens les plus nombreux. Le premier relevé annuel, publié par le docteur William Farr (4), contient en effet des détails précieux sur la question que j'étudie en ce moment. Sans vouloir être garant de l'exactitude et de l'authenticité de tous les documens qui ont été publiés par ce laborieux médecin, je crois néanmoins que les soins qu'il a mis pour les recueillir doivent inspirer un certain degré de confiance. Quoi qu'il en soit, il résulterait du travail dont je parle, que la pneumonie serait une maladie assez commune dans toute l'Angleterre, puisque la vingt-cinquième partie des individus qui meurent dans ce pays, succombent à cette affection ; et, en ne tenant compte que des causes de mort produite par les maladies appartenant à la pathologie interne, on trouve que la pneumonie figure pour un vingt-unième dans la mortalité. C'est à Londres que cette affection paraît avoir son maximum de fréquence ; c'est dans cette ville, du moins, qu'elle est la plus meurtrière, puisqu'elle compte pour un quinzième si on réunit toutes les causes de décès, et pour un treizième si on n'a égard qu'à celles qui appar-

(1) *Topographie de Saint-Pétersbourg*. Thèse de 1828, n° 111.

(2) *L'Expérience*, 1838, n° 58, p. 256.

(3) *Cyclopedia of practical of medicine*, Lond., 1834, t. III, p. 407.

(4) *First annual report*. London, 1839. — *Annales d'hygiène*, t. XXIII, p. 111.

tiennent à la pathologie médicale. Après Londres on voit la pneumonie sévir spécialement à Manchester, à Birmingham, à Leeds et dans le Northumberland, etc. Il est d'ailleurs impossible d'expliquer le plus ou moins de fréquence de la maladie dans les divers districts de l'Angleterre, d'après leur topographie. Il est fort curieux de voir la pneumonie se montrer en plus grand nombre dans les villes les plus populeuses et qui sont le centre de l'industrie, du travail et de la fortune. C'est là en effet que la pneumonie, à l'instar de la plupart des autres maladies aiguës et chroniques, paraît être la plus meurtrière, et je ne pense pas qu'on doive exclusivement, avec quelques personnes, en rechercher la cause dans l'insalubrité de l'atmosphère, dans l'entassement des populations dans des espaces circonscrits; mais il faut se rappeler que les excès du travail chez les uns, l'ivrognerie chez la plupart, la misère, les privations qui accompagnent les crises commerciales si fréquentes en Angleterre, sont tout autant de causes dont il faut tenir compte pour expliquer la fréquence et surtout la mortalité plus grande de la plupart des maladies et de la pneumonie en particulier, dans les villes populeuses et au milieu des grands centres de l'industrie humaine. Enfin, pour terminer, je dirai qu'en Angleterre et dans les pays de Galles réunis, la pneumonie est, parmi les affections aiguës, une de celles qui tue le plus grand nombre d'individus, puisqu'elle vient immédiatement après les fièvres typhoïdes. On a calculé que dans ce pays, sur un million d'hommes 927 mouraient de pneumonie, et que sur un nombre égal de femmes la même affection en emportait 741.

Si maintenant nous recherchons quelle est la fréquence de la pneumonie à Paris et dans les diverses provinces de la France, nous manquons malheureusement des élémens nécessaires pour arriver à la solution du problème; car nous ne possédons encore que quelques relevés partiels, qui, pour la plupart, ne portent que sur un petit nombre de faits. Ainsi M. Lombard (1) a estimé qu'à Paris la pneumonie formait un quatorzième des maladies qu'on observe chez l'adulte, tandis que chez les enfans la proportion varie entre un quart et un cinquième. L'estimation faite par M. Lombard me paraît être à peu près juste pour l'âge adulte;

(1) *Arch.*, t. XXV, p. 68.

car, en comparant pendant trois années la fréquence de la pneumonie, relativement à celle de toutes les autres maladies médicales, j'ai trouvé que dans les hôpitaux d'adultes, à Paris, les phlegmasies pulmonaires formaient la 14e, 15e ou 17e partie des affections aiguës et chroniques qui sont du domaine de la pathologie interne. Dans les hospices de vieillards, la proportion des pneumonies paraît être, année commune, d'un 6e ou d'un 7e environ. Quant à ce qui a lieu dans les hôpitaux des enfans, je l'ignore, et je ne connais encore aucun travail d'après lequel on pourrait comparer le degré de fréquence relative des différentes maladies de l'enfance. D'après ce que je viens de dire on voit qu'il nous est impossible de connaître quelle est la véritable fréquence de la pneumonie à Paris, attendu que je n'ai pu parler que des faits observés dans les hôpitaux, et qu'il serait necessaire, pour avoir tous les élémens de la question, d'y joindre les résultats fournis par la pratique civile. Les documens nous manquent aussi pour décider si la pneumonie présente une égale fréquence dans les différentes provinces de la France. M. le professeur Forget a publié un compte-rendu de sa clinique, duquel il résulte qu'à l'hôpital de Strasbourg la pneumonie formerait la 15e partie des maladies qu'on y reçoit (1); proportion qui, comme je l'ai dit, est à peu près celle qu'on observe à Paris. Pour Genève et sa banlieue nous ignorons quelle est la fréquence de la pneumonie, par rapport aux autres maladies aiguës ou chroniques; toutefois il résulte d'un travail statistique très intéressant, publié par M. le docteur Marc d'Espine, de Genève (2), que dans le pays dont je parle, du moins pour l'année 1838, la pneumonie a formé un 17e des décès qu'on y a observés.

Si on pouvait se fier aux brillantes descriptions que les voyageurs enthousiastes font du climat de la Provence et de l'Italie, on pourrait croire que dans ce jardin de l'Europe la pneumonie est une maladie excessivement rare. Cependant il est certain que dans plusieurs provinces des régions méridionales la pneumonie est plus fréquente et plus meurtrière que dans les pays septentrionaux. C'est ainsi que les inflammations pulmonaires paraissent être très communes à Florence, à Naples

(1) L'*Expérience*, t. III, p. 525, année 1839. — *Annales d'hygiène*, XXIII, p. 217.

(2) *Annales d'hygiène*, 1839, t. XXIII, p. 5 et suiv.

et dans toute la Romagne (1); mais elles semblent avoir leur maximum de fréquence dans le Milanais; Rasori estime en effet, que dans ce pays la pneumonie forme le dixième des maladies qu'on y observe (2). On a aussi prétendu qu'en Italie la pneumonie était tellement fréquente dans le voisinage du Vésuve, qu'on pouvait la regarder comme y régnant d'une manière endémique (3). On a expliqué cette fréquence de la maladie par l'influence fâcheuse que les vapeurs sulfureuses, qui s'exhalent en grande abondance du volcan, exerceraient sur les organes respiratoires; mais aucun relevé statistique ne justifie jusqu'à présent ces opinions qu'on ne saurait par conséquent accepter qu'avec la plus grande réserve.

Les écrits d'Hippocrate prouvent que les phlegmasies pulmonaires étaient des maladies assez fréquentes dans l'ancienne Grèce, et il est infiniment probable qu'il en est de même aujourd'hui. D'après une note que M. Graperon a envoyée à M. le docteur Valentin de Nancy (4), il semble résulter que dans la Crimée ou que du moins à Symphéropol et dans ses environs la pneumonie est une maladie très rare. Ce fait, s'il est exact, mériterait d'autant plus d'être remarqué que dans ce pays on observe fréquemment des changemens brusques de température.

Si nous recherchons le degré de fréquence de la pneumonie dans les diverses stations anglaises de la Méditerranée, nous voyons qu'à Malte, que dans les îles ioniennes et à Gibraltar, la maladie fait périr partout un grand nombre de soldats, sans qu'il soit toujours possible d'expliquer cette fréquence de la maladie par l'insalubrité du climat, par la direction des vents ou les vicissitudes atmosphériques. Si quelques personnes ont pu se rendre compte du grand nombre de pneumonies qu'on observe à Naples par la position topographique de la ville qui reçoit tantôt le souffle brûlant que l'Afrique lui envoie, tandis que quelques instans après elle est frappée par les vents glacés des Apennins; il n'est plus possible, quand il s'agit de l'île de

(1) *Nuovo Mercurio delle scienze mediche*, octobre et novembre 1829.

(2) *Archives de médecine*, t. IV, et Bayle, *Biblioth. thérap.*, Paris, 1828, t. I[er], p. 217.

(3) *Vivenzi epistola ad Halle.*

(4) *Jour. gén.*, t. LXXIII, p. 398.

Malte, d'invoquer les mêmes raisons. Là, en effet, le thermomètre ne descend jamais à 0, la température de la nuit n'est inférieure que de quelques degrés à celle du jour, enfin on voit bien rarement ces alternatives brusques de température auxquelles on attribue une si grande part dans la production de toutes les maladies de poitrine. Cependant, malgré des circonstances si heureuses en apparence, la pneumonie est plus fréquente à Malte que dans la plupart des villes d'Angleterre. A Malte en effet, la pneumonie produit la quinzième partie des décès qu'on observe chez les soldats (1), et l'on estime qu'il y a 33 pneumonies pour chaque mille hommes de troupes. Ce résultat est bien important à signaler; car il est contraire à toutes nos idées théoriques et à toutes les opinions généralement reçues à ce sujet.

Si, au contraire, on étudie la fréquence de la pneumonie dans les îles Ioniennes, on voit qu'à l'exception de Corfou, la maladie y règne moins fréquemment qu'à Malte, puisque le nombre d'hommes atteints a varié de 10 à 32 pour chaque mille soldats. On sera surpris d'un pareil résultat lorsqu'on saura que contrairement à Malte on voit souvent survenir dans les îles Ioniennes de brusques variations atmosphériques; il n'est pas rare en effet, d'observer en quelques heures une élévation ou un abaissement de température de 20 à 24° F...

Mais, de toutes les stations que l'Angleterre possède dans la Méditerranée, c'est à Gibraltar qu'on voit la pneumonie sévir avec le plus de fréquence; on estime en effet que cette maladie figure pour un dixième dans le nombre total des affections médicales, et que sur mille soldats il y en a chaque année au moins 41 qui sont atteints d'inflammation pulmonaire (2). Peut-on attribuer un résultat aussi fâcheux à la fréquence du vent d'est, qui est pour Gibraltar ce qu'est le sirocco pour Naples, et qui entraîne toujours avec lui beaucoup d'humidité et de brouillards? On pourrait peut-être accuser avec plus de raison le vent d'ouest qui est frais et sec, et qui souffle surtout en novembre et en janvier, mois pendant lesquels

(1) *Statistical reports*, p. 18, A. et Sequen.

(2) *Topographie de Gibraltar*, par Rey. Thèse de 1833, n° 138.

les pneumonies semblent avoir leur maximum de fréquence.

La pneumonie paraît être une maladie fort rare sur le continent africain. Si on consulte en effet le tableau synoptique, publié par M Maillot, sur les maladies qu'il a traitées à l'hôpital de Bone, du 9 février 1834 au 15 mars 1835, on trouve que sur 3,765 malades admis dans son service, six seulement étaient affectés de pleuro-pneumonies aiguës (1); plus récemment M. le docteur Thevenot (2) n'a pas signalé la pneumonie comme étant une maladie fréquente au Sénégal. Il résulte donc des faits que je viens d'exposer que, dans nos possessions d'Afrique les variations brusques de température, le passage subit du chaud au froid, les alternatives de chaleur et d'humidité dans l'atmosphère, produisent très rarement des pneumonies, tandis qu'ils ont pour effet le plus constant de déterminer des dysenteries, des fièvres intermittentes ou rémittentes épidémiques. Il est à présumer que dans les Indes orientales, où le climat ressemble beaucoup à celui de l'Afrique, il doit en être de même : toutefois ce n'est là qu'une supposition ; mais ce qui la rend probable, c'est que Lind et Annesley ne parlent nulle part de la pneumonie comme étant une maladie qu'on observe communément dans le Delta du Gange. Enfin dans une statistique des maladies observées chez les Européens qui habitent Ceylan, on voit que la pneumonie y est excessivement rare, puisqu'elle ne formerait que la 615e partie des autres affections aiguës et chroniques (3).

D'après ce que j'ai dit précédemment on a dû voir que la pneumonie affectait fréquemment les soldats employés dans les nombreuses colonies anglaises de l'Amérique septentrionale; mais là comme en Europe la maladie ne sévit pas partout avec la même intensité. C'est dans le Canada qu'elle est, sans contredit, la plus fréquente, puisqu'elle forme à peu près la 13e partie des maladies médicales qu'on y observe, et que sur chaque

(1) *Traité des fièvres*. Paris, 1836, tableau n° 2, p. 114.

M. Maillot parle ensuite de sept pneumonies chroniques. Il est probable que ce médecin distingué, élève du Val-de-Grâce, a voulu désigner par là des phthisies pulmonaires.

(2) *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1840, in-8.

(3) Note du Cours d'hygiène de M. Andral.

mille hommes de troupes on compte tous les ans au moins 43 pneumoniques. On peut expliquer la grande fréquence de la pneumonie au Canada par les conditions fâcheuses dans lesquelles les soldats se trouvent.

Dans ce pays, en effet, le froid est parfois assez intense pour congeler le mercure; dans l'espace de quelques heures, on voit survenir des variations qui dépassent 50° F., et le soldat qui quitte l'intérieur des corps de garde pour aller monter sa faction se trouve soumis parfois à un changement brusque de température qui dépasse 100°. Ici l'influence du climat est tellement évidente, que si ces mêmes individus se trouvent transportés en Angleterre, ils seront affectés deux fois moins souvent de pneumonie qu'au Canada, puisque j'ai calculé que dans les troupes qui résident dans la Grande-Bretagne on ne compte guère que 14 pneumonies pour mille soldats.

Ce que je viens de dire du Canada peut s'appliquer à la Nouvelle Écosse et au New-Brunswick, pays humides, froids et exposés à des variations de température qui peuvent être de 50 à 52° F. dans les 24 heures. Aussi on voit généralement chaque année les inflammations du poumon affecter 33 soldats sur mille. Mais si au Canada et dans la Nouvelle Écosse on peut invoquer l'âpreté du climat et les vicissitudes atmosphériques, comme la cause des pneumonies si fréquentes dans ces contrées, où trouverons-nous la raison de celles qu'on observe chez les militaires qui tiennent garnison aux îles Bermudes?

Sans prétendre avec quelques personnes que ce pays jouit d'un été continuel, ce qui serait exagéré, il est néanmoins vrai de dire que la température est assez uniforme, et qu'il est impossible de trouver dans le climat aucune cause capable d'expliquer le nombre des maladies pulmonaires qu'on y observe. La pneumonie y est surtout fréquente, puisqu'on calcule que chaque mille hommes de troupes en fournissait 37; c'est-à-dire que dans les Bermudes la maladie est plus commune qu'à la Nouvelle Écosse, qu'elle y est aussi deux fois et demie plus fréquente qu'en Angleterre, et cependant quelle différence de climat entre ces différens pays!

En nous rapprochant davantage de l'équateur, nous voyons la pneumonie diminuer de fréquence; c'est ainsi que dans les Antilles anglaises et françaises cette maladie doit être considérée

comme étant une des plus rares. M. Rufz m'a envoyé une note dans laquelle il me parle du peu de fréquence de la pneumonie à la Martinique ; cette maladie y est en effet si rare, que pendant trois années d'une pratique très étendue, M. Rufz n'en a observé que trois exemples. Je ne saurais rien affirmer pour les autres Antilles françaises ; cependant, d'après une topographie de l'île Saint-Martin faite par le docteur Miltiade Grall (1), on peut également regarder la pneumonie comme étant assez rare dans la partie de cette île qui est sous la domination française. Ces résultats sont d'accord avec ceux qui ont été obtenus dans les Antilles anglaises, la Trinité, Tobago, Saint-Vincent, Barbades, Sainte-Lucie, Antigoa, etc. Dans ces diverses stations réunies, la pneumonie doit être considérée comme une maladie assez rare, par rapport à ce qu'elle est dans les autres pays ; les tableaux que j'ai donnés précédemment le prouvent suffisamment. Il est rationnel d'attribuer cette rareté des pneumonies aux Antilles à la chaleur de ces contrées et surtout à la grande uniformité de température qui y règne, et à l'absence presque complète des variations barométriques. Ce qui justifie cette assertion, c'est que vers la même latitude il y a une contrée (la Jamaïque) plus humide que les autres, où les vicissitudes atmosphériques sont aussi très fréquentes et où aussi la pneumonie se montre beaucoup plus souvent que dans la plupart des autres pays intertropicaux.

Ici se bornent les renseignemens un peu précis que la science possède pour déterminer le degré de fréquence de la pneumonie dans les diverses parties du globe. D'après l'examen auquel je viens de me livrer, il résulte que la pneumonie ou du moins que les affections aiguës de poitrine doivent être considérées comme des maladies de tous les pays, et que, sauf quelques rares exceptions, elles se montrent partout avec violence. Cependant c'est dans les pays froids comme l'Angleterre, dans ceux où, indépendamment de l'abaissement de la température, le thermomètre éprouve des variations fréquentes et subites comme au Canada et à la Nouvelle Écosse, que l'on voit la maladie se montrer avec le plus de fréquence. Enfin, il y a des pays, tels que les îles Bermudes et Malte, dans la topographie et le climat

(1) *Essai de topographie médicale.* Thèse 1835, n° 151.

desquels on ne saurait trouver la raison des pneumonies qu'on y observe très fréquemment ; il me serait impossible d'indiquer aucunes causes probables ; c'est à une observation ultérieure à les déterminer.

## § IX. — *Localités. Pays marécageux.*

Hippocrate a prétendu (1) que la pneumonie était très fréquente dans les pays marécageux. Cette assertion du père de la médecine a été récemment sanctionnée par l'autorité et les observations de J. Frank. Ce grand médecin dit en effet qu'il n'a vu nulle part un si grand nombre et une si grande variété de pneumonies, que parmi les paysans livrés à la culture du riz, dans le canton du Tessin (2). Cependant, une pareille opinion repose sur des données trop vagues pour pouvoir être adoptée sans contestation.

J'ai donc dû l'examiner avec d'autant plus de soin qu'elle était admise dans la science avec la sanction des plus graves autorités. Afin d'arriver à un résultat positif, j'ai recherché les statistiques que j'ai crues les plus exactes sur les maladies observées pendant un temps plus ou moins long, dans les pays marécageux ; or, voici ce que j'ai trouvé : dans les Antilles anglaises et à l'île de la Jamaïque, dont le sol est couvert de nombreux marécages, les fièvres intermittentes et rémittentes forment à elles seules près de la moitié des maladies qu'on y observe, et cependant nous avons vu précédemment que c'est précisément dans ces contrées que la pneumonie est peu fréquente. Dans la Guyane française, et surtout à Cayenne, si insalubre par le grand nombre de marais qu'on y trouve, et qui a été si meurtrière pour nos compatriotes, les maladies graves des organes respiratoires s'y rencontrent rarement, comme cela résulte des recherches de M. le docteur Segond, qui exerce dans ce pays (3), et malgré l'opinion contraire de Campet (4).

Dans la province du Canada, on observe à la fois et beaucoup

(1) *OEuvres complètes*, trad. par E. Littré. Paris, 1840, t. II, p. 13.

(2) *Praxeos medi.*, vol. II, part. 11, p. 315.

(3) Aperçu sur le climat et les maladies de Cayenne. *Thèse* de Paris, 1831, n° 133.

(4) *Malad. des pays chauds*. Paris, an X, p. 214.

de pneumonies, et beaucoup de fièvres intermittentes. Ce fait paraît d'abord favorable à l'opinion d'Hippocrate et de J. Frank; mais si on étudie séparément et comparativement la fréquence de chacune de ces maladies, dans le Canada supérieur et dans le Canada inférieur, on trouve que dans le premier, couvert par d'immenses étangs, les fièvres rémittentes et intermittentes existent en beaucoup plus grand nombre que dans le second, et cela dans l'énorme différence de 178 à 26, tandis que la pneumonie, suivant une marche inverse, est une fois plus fréquente dans la province méridionale que dans celle qui est au nord (comme 60 à 130); de sorte que ce fait, qui tout d'abord semblait favorable à l'opinion du père de la médecine, lui est au contraire entièrement opposé. On sait aussi, d'après un compte-rendu publié par M. Maillot, que les pneumonies sont excessivement rares à Bone (Afrique), et personne n'ignore pourtant que dans cette partie de la régence nos pauvres soldats sont décimés par les fièvres intermittentes et subcontinues.

Si nous recherchons ce qui se passe dans des pays plus tempérés, nous voyons que M. Monfalcon (1), tout en signalant la fréquence des catarrhes pulmonaires dans les pays marécageux, ne parle nulle part de la pneumonie comme y étant une affection très-commune. M. Nepple à son tour (2) dit bien que la pneumonie est une des maladies les plus fréquentes chez les indigènes des pays d'étangs. Cependant, si on consulte le tableau du mouvement de l'hôpital de Montluel (Ain), que ce médecin a publié (3), on voit que dans l'espace de quatre ans et demi, sur 1352 individus reçus, les fièvres intermittentes et rémittentes composent à peu près les trois septièmes des maladies qui ont été traitées, tandis que les pneumonies ne figurent guère que pour un seizième, ce qui n'a rien d'extraordinaire, eu égard à notre climat.

Si, faisant maintenant une contre-épreuve, nous parcourons les pays où la pneumonie est la plus fréquente, tels que la Nouvelle-Écosse, Gibraltar, Malte, les îles Bermudes, nous voyons

(1) *Hist. méd. des marais*, 2e édit., p. 500.
(2) *Essai sur les fièvres inter. et rémit.* 1828, p. 15.
(3) Id. p. 297 et seq.

que dans toutes ces contrées, sans aucune exception, les fièvres intermittentes et rémittentes doivent être considérées comme rares, ou du moins peu communes, tandis qu'on observe le contraire pour les inflammations du poumon.

De tout ce qui précède, il faut conclure, contrairement à l'opinion d'Hippocrate et de J. Frank, que dans les pays marécageux, les pneumonies ne sont pas plus fréquentes qu'ailleurs; il semble même d'abord, que les faits qui précèdent nous autoriseraient à renverser la proposition d'Hippocrate et de J. Frank, et à dire que les pneumonies sont d'autant plus rares dans un pays que celui-ci présente un plus grand nombre de fièvres intermittentes et rémittentes. Cependant, une proposition formulée de cette manière pourrait bien être exacte pour les pays chauds et intertropicaux; mais elle cesserait d'être vraie quand on l'appliquerait aux régions septentrionales, au Canada, par exemple, où nous avons trouvé beaucoup de pneumonies et beaucoup de fièvres intermittentes : j'ai démontré que la cause qui engendre celle-ci n'est pour rien dans la production des inflammations pulmonaires; ces dernières dépendent du climat; les autres, au contraire, ne sont que l'effet des émanations marécageuses qu'il est toujours au pouvoir de l'homme de détruire.

On a encore prétendu que la pneumonie était fréquente dans les lieux *secs* et *élevés*. Cependant, je ferai observer avec M. Chomel, que jusqu'à présent il n'existe aucun fait qui démontre cette influence. On a même dit que si, à l'élévation du sol il se joignait une saison rigoureuse, l'inflammation des poumons atteignait un haut degré de fréquence; l'on cite à ce sujet l'exemple des troupes françaises qui, ayant séjourné sur le mont Cénis du 15 décembre au 15 mai, furent affectées d'un grand nombre de pneumonies, puisque celles-ci formèrent le quart des maladies qu'on observa à cette époque.

Mais de pareils faits, en les supposant exacts pour le diagnostic, sont encore insuffisans pour démontrer l'influence qu'on suppose avoir été exercée par la localité. Il n'y a rien d'impossible en effet que le grand nombre de pneumonies qu'on a observées pendant six mois sur le mont Cénis dépendît de circonstances tout-à-fait fortuites de constitution médicale. Pour démontrer que l'élévation du sol joue un rôle dans la

production des phlegmasies pulmonaires, il faudrait connaître exactement le degré habituel de fréquence de cette maladie, comparativement à ce qu'elle est dans les vallées voisines. Jusqu'à ce qu'un pareil travail ait été fait, on doit considérer comme n'étant pas encore prouvée l'opinion de ceux qui regardent la pneumonie comme régnant plus fréquemment dans les lieux élevés que dans ceux qui ont une autre exposition.

### § X. — *Saisons.*

Quoique la pneumonie puisse se déclarer dans toutes les saisons, presque tous les auteurs cependant ont reconnu qu'il y a dans l'année certaines époques où la maladie devenait beaucoup plus fréquente. D'après Hippocrate et Arétée, la majorité des médecins a indiqué la pneumonie comme étant une maladie particulière à l'hiver. Cependant Sydenham dit avoir reconnu qu'elle avait son maximum de fréquence entre le printemps et l'été (1), opinion que Van Swieten a également soutenue (2). Il est donc probable que ces auteurs plaçaient le maximum de fréquence de la pneumonie pendant les mois d'avril et de mai. Suivant M. Chomel (3), la pneumonie régnerait particulièrement à la fin de l'hiver, au printemps et dans le commencement de l'été ; elle serait fort rare dans la deuxième moitié de cette saison et pendant l'automne. Ce professeur dit que sur 97 pneumonies observées par lui et par M. Louis, à l'hôpital de la Charité, 81 s'étaient montrées de février en août, et 16 seulement dans les cinq autres mois de l'année.

Mes résultats sont assez conformes à ceux qu'avaient obtenus les médecins qui m'ont précédé. Voici en effet comment se sont réparties dans chacun des mois de l'année les 296 observations de pneumonie dans lesquelles j'ai noté la saison.

(1) T. I, p. 598, édit. de Baumes.

(2) Aggredior imprimis autem illa parte anni quæ *inter ver atque æstatem ambigens* utriusque quasi fibula est. In *Aphor.* § 879, tom. III,

(3) *Loc. cit.*, p. 210.

| | |
|---|---|
| Janvier. . . . . . . . . . . | 20 |
| Février. . . . . . . . . . . . . | 40 |
| Mars. . . . . . . . . . . . . . | 47 |
| Avril. . . . . . . . . . . . . . | 62 |
| Mai.. . . . . . . . . . . . . . | 40 |
| Juin. . . . . . . . . . . . . . | 8 |
| Juillet. . . . . . . . . . . . . | 13 |
| Août. . . . . . . . . . . . . . | 3 |
| Septembre. . . . . . . . . . . | 5 |
| Octobre. . . . . . . . . . . . | 2 |
| Novembre. . . . . . . . . . . | 22 |
| Décembre.. . . . . . . . . . . | 34 |
| | 296 |

Il résulterait de ce tableau, qu'à Paris et chez l'adulte la pneumonie aurait son maximum de fréquence dans le mois d'avril; viendraient ensuite dans leur ordre de fréquence les mois de mars, février et mai, décembre, novembre, janvier; les mois d'août et d'octobre seraient ceux où la maladie est la plus rare. J'ai étudié l'influence des saisons sur les deux sexes, et j'ai obtenu pour chacun d'eux en particulier les résultats généraux que je viens d'indiquer. Enfin, étudiant séparément l'influence des saisons dans chacune des années 1836, 1837 et 1840, j'ai vu qu'à l'exception de 1836, où la pneumonie avait été un peu plus fréquente pendant le mois de décembre, dans les deux autres années, au contraire, la maladie avait été plus commune dans le courant d'avril; fait qui semble confirmer l'opinion de Sydenham et de Van Swiéten.

Cependant je dois dire que dans leurs recherches sur les maladies des vieillards, MM. Hourmann et Dechambre (1) ont reconnu qu'à l'hospice de la Salpêtrière la pneumonie avait son maximum de fréquence dans le mois de mars; venaient ensuite les mois de décembre, avril, février, novembre et janvier; tandis que dans le canton de Genève, M. Marc d'Espine a trouvé qu'en 1838 le mois de mai avait fourni le maximum de pneumonie; que les six mois froids n'en comptaient pas ensemble beaucoup plus que les six mois chauds réunis (2); enfin, que le minimum

(1) *Archives gén. de méd.*, t. XII, p. 30, 2^e^ série.

(2) *Annales d'hyg. et de méd. lég.* Paris, 1839, t. XXIII, p. 5 et suiv.

avait été pour le mois de septembre. Mais ces résultats n'auront d'importance qu'autant qu'ils porteront sur un plus grand nombre de faits et qu'ils se seront vérifiés pendant plusieurs années de suite.

Les médecins qui se sont occupés de la pneumonie des enfans ont émis des opinions très diverses sur l'époque de l'année où les phlegmasies pulmonaires étaient les plus fréquentes; ainsi MM. Léger (1) et Delaberge (2) ayant surtout décrit la pneumonie consécutive à divers états morbides et surtout à la rougeole, ont avancé que la maladie était plus fréquente au printemps et à l'automne par cela même que les fièvres éruptives règnent plus particulièrement dans ces mêmes saisons. D'après le tableau qu'on trouve dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez (3), les pneumonies franches, les seules dont nous puissions actuellement parler, auraient eu leur maximum de fréquence dans le mois de février. Cependant on ne saurait rien en conclure de général, puisqu'on peut objecter que si le mois de février a présenté le chiffre le plus élevé, on peut en trouver la raison dans la grippe qui régnait à cette époque de l'année. Les relevés de MM. Rufz et Gerhard ont beaucoup de rapport avec ceux que j'ai obtenus pour l'adulte, puisqu'ils indiquent le mois d'avril comme celui où la pneumonie fut la plus fréquente, et que les mois dans lesquels elle fut ensuite la plus commune furent ceux de mars, janvier, décembre, etc.

En résumé, et d'après les faits qui précèdent, on peut conclure que chez les enfans comme chez les adultes et les vieillards, la pneumonie idiopathique ou primitive a son maximum de fréquence à la fin de l'hiver et dans le printemps, surtout pendant les mois d'avril et de mars. Elle est ensuite plus commune pendant l'hiver. Quant aux deux autres saisons, les faits me font présumer que chez les enfans et les vieillards l'automne prédispose davantage à la pneumonie que l'été, tandis que le contraire arrive pour les adultes, comme l'ont démontré les observations que j'ai recueillies, et comme le prouve également le relevé que j'ai fait d'après les cas rapportés dans la médecine pratique de Leroux.

(1) Thèse citée.

(2) *Journ. hebdom.*, 1834, t. II, p. 425.

(3) *Loc. cit.*, p. 80.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hiver. . . . . . | 116 | Été. . . . . . | 56 |
| Printemps. . . . | 139 | Automne. . . . | 44 |

Tout ce qui précède démontre suffisamment que dans les ré-
ions tempérées du moins, la pneumonie, contrairement à l'o-
inion de Triller (1), est une maladie qu'on rencontre assez fré-
uemment pendant l'été ; ce fait a été également constaté par
. Frank (2) dans la Lombardie, en Autriche et dans la Lithua-
ie.

Il est probable que les résultats que j'ai précédemment indi-
ués doivent être à peu près les mêmes dans tous les climats. A
Malte, par exemple, la pneumonie a aussi son maximum de
réquence au printemps ; l'hiver vient ensuite ; mais l'automne
araît y prédisposer davantage que l'été. Dans les climats très
roids, la prédominance de la pneumonie pendant le printemps
araît exister encore. J. Frank dit en effet qu'à Wilna il est
are d'observer des inflammations pulmonaires pendant les
ortes gelées. Enfin, d'après un relevé publié en Angleterre (3),
paraîtrait que la fréquence de la pneumonie dans chaque sai-
on ne serait peut-être pas très exactement la même à Edim-
ourg qu'à Paris ; cependant la différence n'est pas assez considé-
able pour modifier l'opinion que j'ai émise. Les résultats gé-
éraux que je viens d'indiquer semblent aussi devoir être peu
odifiés par les constitutions épidémiques. C'est ainsi que sur
eize épidémies de pneumonie dont *l'authenticité ne soit pas
op contestable*, 7 ont commencé au printemps, 4 en hiver, 1 en
utomne et 1 pendant l'été.

M. Briquet, dont les résultats sont à peu près conformes à ceux
ue j'ai moi-même obtenus, a cherché à s'expliquer pourquoi il
avait relativement à la fréquence de la pneumonie une si
ande différence entre les six premiers mois de l'année et les
derniers. Il a établi à ce sujet une théorie basée sur la capa-
é des corps pour le calorique et les lois du rayonnement, d'où
conclut que dans les six premiers mois de l'année on doit se
froidir plus facilement que dans les six derniers (4). Je crois

(1) *Loc. cit.*, *opus med.* vol. I.
(2) *Loc. cit.*, p. 311.
(3) *Cyclopedia*, t. III, p. 407.
(4) *Archives*, t. VII, 3e série. p. 482.

inutile de décrire cette théorie et surtout de la réfuter. Il suffit en effet d'en lire l'exposition pour se convaincre que l'auteur, tout en s'appuyant sur des lois physiques, n'a pu pourtant donner aucune démonstration rigoureuse.

Il est évident que le froid seul ne peut être invoqué comme la cause principale des pneumonies qu'on observe dans l'hiver et le printemps; car s'il en était ainsi, la fréquence de la maladie devrait être en rapport avec son intensité, et le tableau que j'ai donné prouve tout le contraire. Invoquerons-nous les vicissitudes atmosphériques? dirons-nous, avec quelques auteurs, que les changemens dans la température sont beaucoup plus brusques et plus fréquens dans la première moitié de l'année que dans la deuxième. Je suis loin de nier cette influence; mais il est juste de dire qu'il n'y a aucun rapport entre la fréquence et l'intensité de ces variations, et le nombre plus ou moins considérable de pneumonies. Nous avons vu, d'ailleurs, précédemment, en étudiant l'influence des climats que dans beaucoup de pays où les alternatives de température étaient bien autrement fortes que chez nous, la pneumonie était pourtant une maladie beaucoup plus rare. L'influence des saisons dans la production des maladies dépend probablement d'une action complexe, et que nous n'avons pu encore pénétrer; nous pouvons aisément saisir à l'aide de la statistique les rapports de fréquence des maladies avec les différentes saisons. Mais donner la raison pour laquelle la pneumonie et la rougeole prédominent au printemps, la scarlatine en automne ou dans l'été, etc., c'est là un de ces mystères que nous n'avons pu encore pénétrer, quoique beaucoup de personnes soient persuadées du contraire.

### § XI. — *Influence des vents.*

Existe-t-il des vents qu'on puisse considérer comme favorisant le développement de la pneumonie? Est-il, par exemple, exact de dire, avec J. Frank (1), que les inflammations de poitrine sont communes lorsque les vents du nord ou nord-est viennent à souffler; je crois qu'il est impossible d'émettre à ce sujet une règle fixe, invariable. Il faut ici avoir égard aux cli-

(1) *Loc. cit.*, p. 312.

mats dans lesquels on observe. Si en effet J. Frank a vu dans la Lombardie et en Allemagne les pneumonies sévir en plus grand nombre pendant que les vents du nord venaient à souffler, il n'en est plus de même pour certains pays, puisque, comme je l'ai dit précédemment, à Gibraltar le vent d'ouest est celui qui prédomine pendant les mois qui présentent le plus grand nombre de pneumonies. Cependant, à part quelques autres rares exceptions, on peut dire que presque partout les vents nord et nord-est sont ceux qui coïncident le plus souvent avec le développement du plus grand nombre de pneumonies; c'est ce qu'on observe en particulier aux îles Bermudes et à la Nouvelle-Écosse. A Paris, voici quelle a été la direction des vents pendant le développement de 54 pneumonies.

| | | |
|---|---|---|
| 15 | Pneumonies sont survenues | avec le vent nord-est. |
| 11 | — | avec le nord-ouest. |
| 3 | — | avec le vent nord. |
| 4 | — | avec le sud. |
| 5 | — | avec le sud-est. |
| 8 | — | avec le sud-ouest. |
| 8 | — | calme parfait. |

Il semble résulter de là, qu'à Paris les vents du nord sont ceux qui coïncident le plus souvent avec le développement des pneumonies, et que de tous les vents c'est celui du nord qui semble exercer le plus d'influence sur la production des inflammations pulmonaires. Mais le nombre de faits est encore trop peu considérable pour avoir une opinion bien arrêtée sur ce sujet. Je dois dire pourtant que mes résultats ont été confirmés par les recherches de MM. Hourmann et Dechambre (1). Ces observateurs ont remarqué pendant 3 années de suite à la Salpétrière, que pendant tout le temps qu'une augmentation considérable eut lieu dans le nombre des pneumonies, la flèche de l'église avait pris la direction du nord-est et s'y était maintenue invariablement. L'on sait aussi que Le Pecq de la Clôture (2) avait fait les mêmes remarques pour la Normandie.

Cependant l'influence réelle qu'exercent les vents du nord dans la production des pneumonies pourra paraître encore dou-

(1) *Loc. cit.*, p. 32.
(2) *Malad. épid.* Paris, 1776, 1re partie, p. 15.

teuse, si on réfléchit qu'à Genève, pendant l'année 1838, on vit que le maximum de mortalité et probablement aussi de fréquence des pneumonies avait eu lieu en mai, et le minimum en septembre, bien que les vents du nord eussent également prédominé pendant ces deux époques (1).

### § XII. — *Variations barométriques.*

On conçoit que des changemens survenus dans la pression atmosphérique doivent surtout, s'ils sont brusques, amener une perturbation dans la circulation des liquides de l'économie, et spécialement dans la circulation pulmonaire ; aussi la théorie porte à admettre que sans leur influence on devrait voir survenir beaucoup de phlegmasies thoraciques. Ainsi, suivant J. Frank (2) les pneumonies seraient observées en plus grand nombre lorsque la colonne barométrique est très élevée. Mais ayant voulu rechercher cette influence dans 52 cas de pneumonie, je n'ai pu arriver à aucun résultat positif, car j'ai trouvé indifféremment et à peu près en nombre égal tantôt un maximum d'élévation dans la colonne de mercure et tantôt un minimum, de telle sorte qu'il m'est impossible de rien conclure sur l'influence que peut exercer dans la production des pneumonies le degré plus ou moins considérable de pression atmosphérique. Je dirai également qu'à Genève M. Marc d'Espine a trouvé peu de différence pour la moyenne barométrique entre les mois de mai et de septembre. Cependant, comme je l'ai déjà dit, les pneumonies ont eu leur maximum de fréquence dans le premier, et leur minimum dans le second.

## ARTICLE II.

### Causes excitantes ou occasionnelles de la pneumonie.

### § I. — *Causes traumatiques.*

La pneumonie peut être produite par des causes traumatiques, telles que contusions du thorax (3), surtout lorsqu'une

(1) Despine, *Annal. d'Hyg.*, t. XXIII. Les vents du nord ont soufflé 22 jours en mai et 21 jours en septembre.

(2) *Loc. cit.*, p. 512.

(3) Rouppe, *de Morbis navigantium*, p. 44.

ou plusieurs côtes ont été fracturées en même temps, et que l'un des fragmens enfoncés vers l'intérieur appuie contre le poumon et l'irrite. Lieutaud (1) et Portal (2) ont même prétendu que la pneumonie, à l'instar de l'hépatite, pouvait succéder à des coups violens sur des parties très éloignées. Ce serait, si je puis parler ainsi, des inflammations par contre-coup qui pourraient survenir, par exemple, à la suite d'une chute faite d'un lieu plus ou moins élevé, sur les genoux, les talons ou le siége. Toutefois, je ne connais aucun exemple authentique qui prouve qu'une pneumonie ait jamais succédé à une pareille cause; il est probable que les auteurs ont ici raisonné par analogie; ils ont supposé qu'il devait en être pour les poumons comme pour le foie et le cerveau dont le tissu délicat et friable se déchire facilement à la suite des violences extérieures, ce qui a rarement lieu pour les poumons; circonstance, d'ailleurs, dont on trouve l'explication dans la structure de ces organes. Toutefois, la pneumonie survient quelquefois brusquement chez des individus qui essayent de soulever un fardeau au-dessus de leurs forces; j'en ai observé deux exemples. Une douleur violente se fait alors sentir, et plus ou moins long-temps après on voit apparaître les autres symptômes de la pneumonie. J. Frank rapporte avoir vu un fait semblable à la clinique de Pavie chez un portefaix qui, ayant mal chargé un sac de riz sur son dos, éprouva dans la cavité thoracique une sensation de crépitation, et fut pris aussitôt des symptômes de pneumonie (3). Comment expliquer ici le développement de la maladie? Il est probable que dans les efforts pendant lesquels l'air reste emprisonné et comprimé dans la poitrine, pendant lesquels aussi toutes les parties molles et dures sont dans un état de tension, quelque rupture a dû s'effectuer dans le parenchyme pulmonaire; de là la douleur vive ressentie instantanément par les malades et les accidens inflammatoires consécutifs.

Enfin, tous les chirurgiens, et Dupuytren en particulier, signalent la pneumonie comme étant un des accidens les plus constans qu'on doive redouter dans les plaies pénétrantes de

(1) *Hist. anatom.*, Parisiis, 1767, t. Ier.
(2) *Cours d'anatomie*, t. V, p. 72.
(3) *Loc. cit.*, p. 316.

poitrine qui intéressent le poumon ; ils disent que cette complication peut survenir, quels que soit le genre et la nature de la plaie. Toutefois, on l'observe spécialement dans celles que déterminent les armes de guerre, surtout si elles se compliquent de la présence d'un corps étranger quelconque.

Si on n'avait égard qu'à l'organisation du tissu pulmonaire, à sa grande vascularité, on pourrait admettre *a priori* que ces organes doivent s'enflammer avec une extrême facilité sous l'influence des causes traumatiques que je viens d'énumérer. Mais l'observation clinique ne confirmant point les idées que la théorie pouvait faire croire vraies, démontre au contraire que le poumon est un des organes de l'économie qui s'enflamme le plus difficilement sous l'influence des violences extérieures, quelque graves qu'elles soient.

Rien n'est plus rare, en effet, que d'observer des pneumonies consécutives à la contusion du thorax avec ou sans fracture des côtes. En réfléchissant d'ailleurs à la structure de la poitrine, on conçoit pourquoi les organes intérieurs et surtout les poumons souffrent si rarement à la suite des contusions. La poitrine, en effet, est composée de pièces cartilagineuses et osseuses, élastiques et mobiles, séparées par des espaces que remplissent des parties molles et qui amortissent ou décomposent les chocs qu'on porte sur elle, et qui, par conséquent, se transmettent rarement aux organes intérieurs qu'elles sont chargées de protéger. Dans les cas assez rares où la contusion atteint le poumon lui-même, elle a le plus souvent pour effet de produire à la superficie de l'organe une infiltration sanguine, véritable ecchymose qui se résorbe rapidement, sans donner lieu à aucun symptôme; si la contusion a été plus forte, la trame de l'organe a pu être déchirée, et il en résulte alors un véritable épanchement sanguin assez semblable aux noyaux d'apoplexie pulmonaire. C'est ce que j'ai eu occasion d'observer deux fois chez des individus qui avaient succombé à la suite d'une chute faite d'un lieu élevé. La mort ayant eu lieu les quatrième et neuvième jours, le sang épanché commençait à se résorber sans qu'on pût découvrir dans le point contus, ni dans son voisinage, aucun vestige d'un travail inflammatoire. Enfin, les expériences faites sur les animaux vivans par M. Jobert (1), et les

(1) *Plaies d'armes à feu.* Paris, 1833, in-8, p. 173.

observations sur l'homme, ont prouvé aussi que les plaies des poumons par instrumens piquans, tranchans ou contondans, non-seulement n'étaient guère suivies de pneumonie étendue, mais encore que leur cicatrisation était en général très rapide (1).

Les corps étrangers qui pénètrent dans les poumons peuvent être la cause d'une pneumonie grave, et qui se termine fréquemment par la formation d'un abcès. Ces corps étrangers arrivent dans le tissu de l'organe, tantôt par une plaie extérieure, ou bien ils y sont portés par la partie supérieure des voies respiratoires. Cependant, il serait erroné de croire qu'une pneumonie accompagne nécessairement la pénétration du poumon par un corps étranger; car les annales de la chirurgie renferment un grand nombre de faits qui prouveraient le contraire. Je dirai même que dans les plaies des poumons par arme à feu, l'inflammation consécutive est souvent presque nulle, du moins elle reste peut-être assez généralement limitée au trajet de la blessure, et à la profondeur de quelques millimètres seulement. C'est ce que j'ai vu chez 3 individus qui, ayant succombé les quatrième, septième et neuvième jours, d'une plaie du poumon, présentèrent à l'autopsie le tissu pulmonaire tout-à-fait intact autour du trajet que le projectile avait suivi, quoique pourtant la plaie contînt encore plusieurs morceaux de vêtements. Dans un cas seulement, il y avait une petite induration rouge sur le trajet de la plaie, mais elle ne s'étendait guère qu'à une profondeur de 7 ou 8 millimètres.

Les corps étrangers qui s'introduisent par la partie supérieure des voies respiratoires, deviennent au contraire assez souvent l'origine de pneumonies plus ou moins graves; il arrive fréquemment en effet, que les accidens de suffocation que détermine leur entrée dans le larynx se calment ou même cessent tout-à-fait; cependant si le corps étranger n'est point expulsé par les efforts de la nature ou extrait par les secours de l'art, il finit par déterminer presque nécessairement la mort. Dans les deux tiers des cas celle-ci n'arrive qu'après un temps fort long et avec tous les symptômes de la consomption pulmonaire. Chez les autres malades, le corps étranger placé à la bifurcation de la trachée ou dans l'une des

(1) Voir une observation de M. Toulmouche, *Archives ou Revue méd.* t. V, p. 415. — Chassaignac, *Thèse de* 1835, n° 39, p. 65.

bronches provoque dans le poumon correspondant un travail inflammatoire qui emporte le sujet; et suivant que la maladie a duré quelques jours ou plusieurs mois, on trouve une hépatisation (1) ou un abcès circonscrit dans le parenchyme pulmonaire (2). Si le corps étranger est de nature à pouvoir cheminer profondément dans l'épaisseur du poumon, il y provoquera alors nécessairement une inflammation dont la marche sera plus ou moins rapide. C'est ainsi que les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (3), les *Ephémérides* (4), les *Actes de Leipsik* (5), les *Archives de médecine* (6), les *Bulletins de la société anatomique* (7), etc., contiennent de nombreux exemples d'épis de graminées, qui ayant pénétré dans la trachée et les bronches, avaient déterminé des accidens de pneumonie, laquelle affecte presque toujours un même mode de terminaison, que j'étudierai plus tard.

§ II. — *Vapeurs irritantes.*

L'inspiration de vapeurs irritantes a été notée par tous les auteurs comme pouvant déterminer une pneumonie plus ou moins grave. On a surtout signalé comme produisant cet effet, l'ammoniaque, les acides chlorhydrique et sulfureux. Van Swiéten (8) et J. Frank (9) surtout citent l'histoire de plusieurs individus qui s'étant exposés sans précaution aux vapeurs des acides dont je parle, furent affectés de pneumonie et d'hémoptysies graves. Il est probable qu'il n'y eût dans ces cas qu'une bronchite capillaire avec exhalation sanguine, affection que les anciens confondaient généralement avec la pneumonie. Pour ma part je n'ai jamais vu d'inflammation du parenchyme pulmonaire survenir sous l'influence des causes que

(1) *Journal de Dublin*, vol. V, 1834.
(2) *Edinb. med. and surg. journal*, vol. XXXV, 1831.
(3) Tome I^er^, p. 411, Paris, 1819, in-8.
(4) 1 dx., 1 an, obs. 181; 2 déc. an 1, obs. 144, cent. 1 et 2 append.
(5) Année 1710, p. 137.
(6) T. XII, p. 465.
(7) 3^e^ série, 1835, p. 83.
(8) *Loc. cit.*, § 824.
(9) *Loc. cit.*, p. 317.

j'indique. J'ai vu quatre individus qui, ayant respiré une grande quantité d'acide sulfureux, éprouvèrent à l'instant même une violente oppression, avec chaleur générale dans la poitrine; la toux devint fréquente et douloureuse; la fièvre s'alluma; il y eut chez l'un d'eux des crachats d'hémoptysie; chez tous je constatai une bronchite capillaire assez intense; mais chez aucun des malades et à aucune époque de l'affection, je ne pus découvrir de symptômes de pneumonie. Je crois qu'il doit en être de même dans la plupart des cas; l'inspiration des vapeurs irritantes n'ayant lieu que pendant un temps assez court, se borne à irriter, à phlogoser la membrane muqueuse des voies aériennes sans enflammer le parenchyme pulmonaire. L'ammoniaque paraît devoir exercer le même mode d'action, comme le prouvent d'ailleurs les observations publiées dans la *Gazette de Santé* (1), dans le *Journal d'Édimbourg* (2) et dans la *Revue Médicale* (3). Bien que je ne connaisse aucun exemple authentique de pneumonie, produit par l'action de vapeurs irritantes, j'en admets cependant la possibilité; mais il faut probablement pour que cet effet ait lieu que les malades restent exposés pendant assez longtemps à l'action de cette cause; c'est du moins ce que semble prouver une expérience faite par M. Bretonneau (3). Ce savant médecin ayant plongé des animaux dans des tonneaux d'où se dégageait beaucoup d'acide chlorhydrique, et les retirant seulement au moment où ils allaient périr, a trouvé ensuite à l'autopsie beaucoup d'hépatisations lobulaires disséminées sur les deux poumons, succédant à une multitude d'ecchymoses, qui étaient l'effet immédiat de l'inspiration de l'acide. Mais peut-être c'était là moins encore des indurations inflammatoires des poumons que des noyaux d'apoplexie.

## § III. — *Influence du Refroidissement.*

On admet assez généralement que presque toutes les pneumonies reconnaissent pour cause occasionnelle les vicissitudes atmosphériques, les changemens brusques de température, les

(1) Du 21 mai 1816, *Obs. de Nysten.*
(2) T. XIV, p. 642.
(3) T. XVII, p. 205.
(4) *Diphtérite*, p. 100.

refroidissemens survenant chez des individus qui ayant le corps échauffé ou couvert de sueurs, s'exposent à un courant d'air froid ou ingèrent une plus ou moins grande quantité de liquide. Cette opinion règne dans la science comme parmi le vulgaire, qui désigne les pneumonies sous le nom de *sueur rentrée*, d'après l'idée qu'il se forme sur la nature de la cause qui les produit ordinairement. Personne, que je sache, n'a osé mettre en doute l'influence incontestable qu'exerce dans la production des pneumonies, le refroidissement du corps, survenant dans les circonstances que je viens d'indiquer. Je dirai même que parmi les causes occasionnelles saisissables, le refroidissement est celle qu'on constate le plus fréquemment; mais prétendre avec un professeur allemand que le froid est la cause unique des pneumonies (1), soutenir même que cette cause a agi d'une manière évidente dans la presque totalité des cas, c'est commettre une grave erreur d'étiologie, contre laquelle j'ai essayé dans un autre écrit (2) de prémunir les observateurs.

Lorsqu'on interroge un malade pour connaître s'il a été soumis à un refroidissement quelconque, le praticien doit prendre quelques précautions pour ne pas être induit en erreur. Si l'on demande simplement au malade : Vous êtes-vous refroidi? le plus souvent il vous répondra par l'affirmative ; mais si vous précisez davantage vos questions, vous pourrez vous convaincre que dans un grand nombre de cas il confond le refroidissement avec le frisson d'invasion qu'il est ordinaire d'observer au début des maladies aiguës et de la pneumonie en particulier. D'autres individus confondront avec le refroidissement la sensibilité plus grande du corps au froid extérieur dans l'imminence ou pendant les prodromes des maladies aiguës. On retrouve enfin une autre cause d'erreur dans l'opinion de certains malades, qui, dominés, à l'instar de beaucoup de médecins, par une théorie ou par une idée préconçue, veulent à toute force expliquer leur maladie par un refroidissement dont ils n'ont eu aucune conscience ou dont ils ne conservent aucun souvenir; mais ils disent s'être refroidis parce que beaucoup d'entre eux ne conçoivent pas que leur maladie puisse reconnaître d'autre cause

(1) Hildenbrand, *Instit. pract. med.*, t. III, p. 194.

(2) *Mémoire sur la Pneum., Jour. hebd.*, 1836, t. II, p. 74.

qu'un refroidissement. Pour parvenir à connaître la vérité, dans ces cas il faudra adresser au malade une série de questions, afin de constater quel était l'état de chaque fonction et de la santé générale au moment même de l'action de la cause ; on précisera la manière dont le refroidissement a eu lieu ; on indiquera les sensations éprouvées par les malades, et l'état de santé immédiatement ou peu après l'action du froid.

Or, sur deux cent cinq malades qui ont été interrogés par moi en suivant exactement les règles que je viens d'établir, je n'en ai trouvé que quarante-neuf chez lesquels l'impression du froid pût être considérée comme la cause qui avait déterminé le développement de la maladie. Chez quatre sujets je n'ai pu avoir aucun renseignement, ou ceux que j'ai obtenus ont été tellement vagues, que ces faits ont dû être écartés et considérés comme non-avenus. Il résulte donc de ce qui précède, que ce n'est guère que chez le quart des malades qu'un refroidissement quelconque a été la cause occasionnelle et évidente de la pneumonie. Ces résultats diffèrent peu de ceux que M. Chomel (1) avait obtenus avant moi, puisque sur 79 malades atteints de pneumonie, qui furent interrogés par lui avec le plus grand soin, 14 seulement avaient éprouvé un refroidissement quelconque. Enfin sur 125 pneumonies observées par M. Barth à la clinique du même professeur, 38, ou un peu moins du tiers, reconnaissaient un refroidissement comme cause déterminante (2).

Suivant M. Bouillaud (3), au contraire, presque toutes les pneumonies auraient pour cause occasionnelle l'action du froid. Ce médecin signale *comme n'ayant aucune vocation pour la médecine en général*, *et particulièrement pour l'art d'interroger les malades* (4), tous ceux de ses confrères qui osent élever le moindre doute à ce sujet. J'ose espérer que ce jugement sévère ne sera pas sans appel. Voulant être d'ailleurs beaucoup plus charitable envers M. Bouillaud, je lui dirai seulement que si ses résultats sont différens de ceux de M. Chomel et de ceux que j'ai obtenus moi-même, cela dépend uniquement de

(1) *Loc. cit.*, p. 213.
(2) Sestier, p. 446.
(3) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Pneumonie*, t. XIII, p. 559.
(4) *Clin. Méd.*, t. II, p. 151.

ce qu'il interroge ses malades autrement que nous. Ce professeur ne croit pas à toutes les causes d'erreur que j'ai précédemment indiquées; il paraît dédaigner les précautions que je conseille pour découvrir la vérité dans une question plus difficile qu'on ne croit (1). C'est là, sans contredit, une mauvaise disposition d'esprit; c'est se placer d'ailleurs dans des conditions bien fâcheuses, et c'est réunir contre soi beaucoup de chances d'erreurs, que de nier l'existence d'un péril auquel on s'expose tous les jours; ou de prétendre qu'on peut l'éviter sans user des précautions que la prudence et l'expérience conseillent.

Que les médecins qui consentent à n'accepter que des faits parfaitement démontrés, lisent les observations particulières de M. Bouillaud, ils éprouveront le même embarras, le même doute que moi. Suffit-il, en effet, quand on recherche la cause déterminante de la pneumonie, de dire simplement qu'elle s'est déclarée à la *suite d'un coup d'air* ou parce que le malade *a travaillé exposé au vent*, etc., etc. Quand il s'agit de l'étiologie, il faut procéder avec un peu plus de précision et ne pas dédaigner des précautions, peut-être minutieuses j'en conviens, mais indispensables ce pendant si on veut éviter de graves erreurs. C'est parce que M. Bouillaud s'en affranchit que nous devons nous montrer plus exigeant envers lui ; nous avons d'autant plus de droit de l'être, qu'un jeune médecin a déjà prouvé à ce professeur, que, relativement à l'influence du froid et des causes occasionnelles dans la production des maladies, ses assertions n'étaient pas toujours d'accord avec l'analyse de ses observations particulières (2).

Convenons donc une fois pour toutes que dans le plus grand nombre des pneumonies il est impossible de reconnaître comme cause déterminante l'influence du froid; et que si un refroidissement a eu lieu, dans ces cas, il ne nous est pas permis du moins de le constater. Gardons-nous bien surtout de croire avec quelques médecins, qui si l'on rencontre des cas dans lesquels il est impossible au malade d'indiquer le temps, le lieu, les circonstances où un refroidissement a pu agir, pour

(1) *Clin. médicale de l'hôp. de la Charité.* Paris, 1837, t. II, p. 245.

(2) Voir le *mémoire* de M. Hache sur la *Péricardite*. Archives, t. IX, 2e série.

produire la maladie, l'action de cette cause n'en est pas moins certaine, parce qu'il faut supposer dans ces cas que les malades ont été inattentifs à la sensation du froid qu'ils ont dû éprouver. Mais ce serait appliquer alors à la pneumonie le raisonnement illogique que Gianni faisait pour se rendre compte des nombreux cas de rhumatisme articulaire, pour lesquels il ne pouvait saisir aucune cause appréciable. Comme si, dans les sciences d'observation et surtout en médecine, quand il s'agit d'étiologie, il était permis d'admettre comme réelles, l'influence de causes qu'il a été impossible de constater. M. Bouillaud, qui nous accuse d'impuissance, parce que nous n'exagérons pas comme lui l'influence des refroidissemens, ignorait sans doute que des observateurs dont la science s'honore à juste titre, sont loin de partager ses croyances. M. le professeur Andral, par exemple, s'est exprimé avec une grande réserve sur l'influence du refroidissement, comme cause de pneumonie. Parmi les individus, dit-il, qui ont été exposés à l'action d'une température froide, tandis qu'ils étaient en sueur, le plus petit nombre est frappé d'une inflammation du poumon ; d'un autre côté, une phlegmasie pulmonaire se manifeste souvent sans qu'on puisse la rapporter à aucune cause occasionnelle appréciable (1). C'est ce que Van Swiéten avait lui-même déjà observé (2), et J. Frank, médecin aussi érudit que praticien éminent, a dit avec raison et avec un grand bonheur d'expression : « *Vanum est originem peripneumoniarum solum ducibus barometro et thermometro explicare velle. Enim vero sicuti oculum non mordet sua lacryma, sicuti urina non vellicat vesicam suam, ita etiam aer densus et frigidus per se non lædit pulmones* (3). » Enfin, même les résultats donnés récemment par M. Briquet (4), quoique différens des miens et de ceux de M. Chomel, prouvent encore combien M. Bouillaud a exagéré l'influence du refroidissement comme cause occasionnelle des inflammations pulmonaires.

L'action du froid dans la production des pneumonies est plus obscure et plus difficile encore à constater chez les enfans. Bien que

(1) *Clin. méd.*, 4e édit., t. III, p.

(2) *In aphor.*, § 851.

(3) *Loc. cit.*, p. 312.

(4) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 484.

Plenck (1) et Dugès surtout (2) aient signalé les refroidissemens comme étant *la seule cause évidente* des inflammations pulmonaires qu'on observe dans le jeune âge, cependant, quand on veut vérifier sérieusement l'exactitude d'une pareille assertion, on trouve que la chose est le plus souvent impossible, parce que tantôt on manque de renseignemens, et d'autres fois les petits malades ont été placés dans des conditions telles, qu'un refroidissement a été peu probable. Ainsi, à l'hospice des Enfans-Trouvés, comment savoir, dit M. Valleix, si les enfans ont été exposés au froid? Toutes les pneumonies surviennent dans les salles qui sont tenues à une température constante de 15 à 17 degrés. Tous ont les mêmes vêtemens, tous sont soignés avec les mêmes précautions; il paraît donc impossible de dire pourquoi, dans des circonstances semblables, quelques-uns échappent aux pneumonies dont tant d'autres sont victimes, et l'on n'a pas plus de raisons de croire que les uns ont été exposés au froid que les autres (3).

Lorsque le froid agit comme cause déterminante dans la production des pneumonies, c'est surtout, comme Laënnec l'observe (4), dans les cas où le corps est médiocrement échauffé et couvert de sueur moite, ou bien encore lorsque son action se prolonge assez longtemps. Les phlegmasies pulmonaires sont au contraire moins à craindre dans les cas où l'impression du froid succède brusquement à une haute température, et que son action est peu prolongée. Ainsi, le Russe qui sort de son étuve pour se rouler dans la neige ne contracte pas, dit-on, de pneumonie. Laënnec dit que la même immunité se remarque pour les boulangers qui, quittant à peu près nus l'atmosphère brûlante de leurs fournils, s'exposent ensuite à un froid de plusieurs degrés au-dessous de 0. Mais il est bien nécessaire alors que l'action du froid ne soit, pour ainsi dire, qu'instantanée et ne se prolonge point. Dans les quatre cinquièmes des cas où le froid a agi comme cause déterminante, les individus ayant chaud

(1) *Dict. de cong.*, p. 146.
(2) *Thèse* 1821, n° 54, p. 23.
(3) *Loc. cit.*, p. 176.
(4) T. I, p. 546.

s'étaient exposés à un courant d'air froid, ou bien avaient eu leurs vêtemens mouillés par la pluie. Dans les autres cas, la pneumonie avait été consécutive à l'ingestion dans l'estomac d'une certaine quantité d'eau froide, pendant que le corps échauffé par un violent exercice était couvert de sueurs.

Toutes les fois que le froid a agi comme cause déterminante, son action a été prompte et ses effets se sont bientôt fait sentir; c'est ainsi que sur 34 observations, dans lesquelles j'ai noté avec précision le temps qui s'était écoulé entre l'action de la cause et le début de la maladie, j'ai trouvé que chez 18 sujets les symptômes pneumoniques, ou du moins le malaise et les symptômes prodromiques se sont déclarés pendant l'impression même du froid ou peu d'instans après; chez 11, l'effet nuisible du froid ne s'est fait sentir qu'après une, deux ou trois heures; enfin, chez 4 malades, il y a eu un intervalle de un à deux jours entre l'action de la cause et le début des premiers symptômes. Mais, dans ces derniers cas, doit-on croire que le froid a agi réellement pour produire la maladie? et si on répondait par l'affirmative, jusqu'à quelle époque faut-il admettre que se prolonge l'action de cette cause? C'est une question qu'il paraît difficile de résoudre. Cependant, si on réfléchit que dans la majorité des cas, le froid, à l'instar des causes traumatiques, a une action presque instantanée; que, dans la presque totalité des autres, les premiers phénomènes morbides suivent de près l'impression du froid, on sera tenté de croire qu'il n'y a eu qu'une simple coïncidence, lorsqu'il se sera écoulé vingt-quatre heures, et à plus forte raison deux jours, entre l'action de la cause et le développement de la pneumonie. Il importe bien dans ces cas d'interroger les malades avec le plus grand soin; il ne suffirait pas alors de leur demander d'une manière générale, si immédiatement après l'action du froid, ils se sont sentis malades ou indisposés; car beaucoup n'ayant éprouvé que peu de malaise, pourraient bien répondre négativement; mais on devra passer en revue toutes les fonctions, et si on apprend que peu après avoir reçu l'impression du froid l'individu a éprouvé un malaise général, ou dans un point quelconque du corps, qu'il a perdu l'appétit ou les forces, on devrait dans ces cas reconnaître l'action délétère du froid, quand même les symptômes caractéristiques de la pneumonie ne surviendraient

que plusieurs jours après. Si au contraire un malade nous dit qu'après avoir subi un refroidissement quelconque, il a été bien portant sous tous les rapports, pendant un ou deux jours, il sera fort douteux de rattacher à cette cause la pneumonie qui surviendrait plus tard. Pour moi, je n'hésite pas à ne voir là qu'une simple coïncidence ; mais comme ce fait peut paraître encore incertain à quelques personnes, j'ai dû tenir compte des 4 observations dans lesquelles un intervalle de un à deux jours a séparé l'action du froid et le début du premier malaise.

Dans les pneumonies qui reconnaissent pour cause l'action du froid, celui-ci ne peut être considéré que comme cause occasionnelle, c'est-à-dire que la maladie préparée plus ou moins longtemps d'avance par une prédisposition intérieure, éclate à l'occasion d'un refroidissement auquel l'individu s'est exposé. La prédisposition est ici la condition essentielle, indispensable ; car la plupart des individus qui contractent une pneumonie après l'action du froid s'étaient exposés nombre de fois, quelques-uns même s'exposent tous les jours impunément à la même influence. Il faut donc admettre que le jour où le froid a déterminé une pneumonie chez l'individu qui l'avait bravé tant de fois, il y avait quelque circonstance qui n'existait pas antérieurement. Ajoutons que le froid n'a pas toujours les mêmes résultats ; ses effets varient chez les divers individus, précisément en raison de la prédisposition de chacun d'eux. C'est ainsi que l'un contractera une angine, un autre un rhumatisme, un troisième une pneumonie, une bronchite ou un coryza, suivant qu'ils étaient prédisposés à l'une ou à l'autre de ces maladies avant l'action de la cause déterminante.

Quel est le mode d'action du froid lorsqu'il détermine une pneumonie? Nous avons dit qu'il produisait généralement cet effet chez des individus qui s'étaient exposés à son influence, le corps échauffé et baigné de sueurs. Dans ce cas, le premier effet du froid est de supprimer la transpiration et de refouler brusquement le sang de la périphérie du corps vers les cavités. De ces deux effets quel est celui qui agit dans la production de la pneumonie, c'est ce qu'il est impossible de déterminer. Je m'abstiendrai donc de toute explication à ce sujet, et dans un ouvrage destiné aux praticiens, je crois pouvoir

m'abstenir de citer, pour les combattre, des théories qui ne reposent sur aucune donnée positive.

### § IV. — *De quelques autres causes occasionnelles.*

J'ai recherché avec beaucoup de soin l'influence qu'avaient pu exercer, dans la production des pneumonies, les diverses causes occasionnelles signalées partous les auteurs, telles qu'une fatigue excessive des organes respiratoires, comme dans l'action de crier, de chanter ou de jouer des instrumens à vent; les efforts, les fortes émotions morales, les excès alcooliques, etc. Or, voici ce que j'ai appris par l'interrogatoire de mes malades. Dans aucun cas la pneumonie n'a été produite par l'exercice immodéré des organes de la voix; je n'en ai jamais observé l'exemple sur ces troubadours ambulans, si nombreux à Paris, qui toute la journée hurlent leurs chansons, ou jouent des instrumens à vent les plus durs et les plus fatigans.

L'inflammation des poumons peut éclater à l'occasion d'une vive émotion morale de joie ou de frayeur; c'est ce que j'ai observé sur une femme qui, ayant appris qu'elle avait été volée, éprouva à l'instant même un saisissement violent, qui fut promptement suivi d'un frisson et d'un point de côté.

Enfin, chez 3 malades, la pneumonie s'est déclarée à l'occasion d'excès alcooliques; il était impossible chez eux de reconnaître d'autre cause occasionnelle, comme un refroidissement, par exemple, parce que ces individus avaient été placés dans des conditions telles que le froid n'avait pu agir sur eux. Chez tous ces malades, l'influence de la cause s'est fait rapidement sentir; chez 2, en effet, les symptômes de pneumonie se déclarèrent dans les premières heures qui suivirent la ribotte; chez le troisième malade, il y eut un intervalle de quatre jours entre l'excès alcoolique et le début des phénomènes caractéristiques de l'affection. Cependant, en interrogeant le malade avec soin, on trouvait qu'immédiatement après l'excès de vin qu'il avait fait, il était resté faible, et avait perdu l'appétit; c'est-à-dire qu'il présentait un ensemble de symptômes qui constituaient réellement les prodromes de la pneumonie. Il est important, toutes les fois que l'individu a été affecté de pneumonie à l'occasion d'un excès alcoolique, de rechercher si aucune autre cause, et surtout un refroidissement, n'aurait pu agir

concurremment. On conçoit, en effet, qu'un individu ivre, ayant le corps échauffé et couvert de sueurs, se refroidisse sans en avoir la conscience ou du moins sans en conserver le souvenir. Il importe donc alors de rechercher avec le plus grand soin toutes les circonstances qui peuvent éclairer sur l'étiologie de la maladie, et dès qu'il y a doute, s'abstenir de tout jugement.

On a prétendu que certaines substances introduites dans l'économie pouvaient exercer une action spéciale sur le poumon, et l'enflammer. On a surtout attribué cet effet aux poisons des serpents, et spécialement à celui du serpent à sonnette (*Crotalus horridus*). On dit que les individus mordus par ces reptiles succombaient fréquemment à des pneumonies. Dans l'absence de renseignemens précis, il m'est impossible de rien affirmer sur ce sujet. Quant aux pneumonies qui auraient été produites par le virus rabique, ou par l'action de l'opium, de l'émétique, du plomb, etc., je ne connais aucun fait positif qui prouve l'action de ces différentes causes.

Chacun sait que les anciens auteurs ont décrit des pneumonies symptomatiques de la présence des vers, des saburres dans les voies digestives ou d'une altération particulière de la bile. Il serait oiseux aujourd'hui de combattre longuement des opinions qui ne s'appuient sur aucun fait positif. On a dit également que des pneumonies avaient quelquefois succédé à la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle, et spécialement du flux hémorroïdal ou des règles, ou encore à la suppression d'une suppuration ancienne. Sans en nier la possibilité, je dirai que je n'en connais aucune observation authentique, et pour ma part, je n'ai jamais rien vu qui justifie cette opinion. Enfin, on a cité deux faits pour prouver que la suppression brusque de la sueur des pieds pourrait être suivie de pneumonie (1); mais ces deux observations ne sauraient être invoquées, attendu que le diagnostic de la maladie n'a pas été suffisamment établi.

### § V. — *Constitutions épidémiques.*

De temps en temps on voit les pneumonies apparaître en plus

(1) *Thèse* de M. Salonne, 1825, n° 16, p. 13, et *Journ. l'Expérience*, année 1838, n° 51, p. 481. *Mém.* de M. Mondière.

grand nombre, et présenter tous les caractères d'une maladie épidémique. Les auteurs qui les ont décrites alors ont presque toujours essayé d'en expliquer le développement par quelque condition atmosphérique. C'est ainsi qu'on a tour à tour invoqué l'action des vents du nord ou du nord-est, les variations barométriques, l'humidité, les alternatives de température, soit que ces causes aient immédiatement précédé l'invasion de l'épidémie, cas dans lequel on les considère comme *occasionnelles*, soit que s'étant déclarées plusieurs mois auparavant, elles n'aient fait pour ainsi dire que préparer l'économie à l'action de quelque autre cause, ordinairement occulte. On ne saurait blâmer le désir que l'on a généralement de connaître les causes qui président au développement des maladies populaires; mais il faut convenir aussi, que, dans la plupart des cas, les auteurs, pour les expliquer, ont invoqué le concours de circonstances extérieures tout-à-fait insuffisantes, puisque nous voyons chaque année ces conditions se reproduire une ou même plusieurs fois, sans voir cependant apparaître de phlegmasies pulmonaires d'une manière aussi générale. Aussi on ne peut s'empêcher d'admettre que presque toutes les maladies épidémiques et que les pneumonies en particulier, pour la production et la propagation desquelles on invoque les changemens atmosphériques, ne peuvent guère s'expliquer que par l'influence de quelque cause occulte insaisissable, dont les perturbations et les variations atmosphériques préparent ou favorisent l'action. Ce ne sont-là que des suppositions, j'en conviens, pour lesquelles on ne peut invoquer l'observation directe des faits, mais que le raisonnement justifie. Laënnec admettait, comme nous, que les pneumonies épidémiques dépendaient souvent de quelque cause générale répandue dans l'air. Ce grand médecin supposait qu'il pouvait y avoir dans l'atmosphère quelques miasmes, qui en pénétrant dans l'économie, par l'absorption cutanée et pulmonaire, exerçaient ensuite une fâcheuse influence sur les poumons; car il avait reconnu avec tous les bons praticiens qu'on rencontre fréquemment des pneumonies, auxquelles on ne saurait assigner aucune cause occasionnelle. C'est encore pour s'expliquer l'extrême fréquence des pneumonies qui surviennent dans certaines circonstances, que les anciens avaient attribué un caractère contagieux à cette affection.

Cette opinion a encore été soutenue au commencement de ce siècle, par le docteur Maret de Dijon; plus récemment M. Guersent avait aussi considéré les pneumonies consécutives comme étant contagieuses à l'hôpital des enfans. Mais ce médecin n'a appuyé cette opinion sur aucune preuve positive; je crois même qu'il l'a complétement abandonnée aujourd'hui. Quant aux faits invoqués par le docteur Maret en faveur de la contagion, aucun n'est concluant; d'ailleurs en étudiant les symptômes offerts par chacun des malades, il est très douteux que l'auteur ait observé une pneumonie véritable.

En résumé, la pneumonie est une maladie de tous les âges, plus commune aux deux extrêmes de la vie; elle a son maximum de fréquence, chez l'adulte, dans la période de 20 à 30 ans. Si l'homme en est beaucoup plus souvent atteint que la femme, cela ne dépend point d'une action spéciale exercée par le sexe, mais bien des conditions hygiéniques. Si l'influence des tempéramens et de la constitution dans la production de la pneumonie n'est pas encore suffisamment établie, les faits précédens ont démontré que la conformation vicieuse du thorax ne paraissait pas prédisposer à la maladie; que celle-ci semblait être d'autant plus commune, que les individus étaient plus pauvres, qu'ils commettaient plus d'excès ou qu'ils se livraient à des travaux plus rudes. Des attaques antérieures en appellent de nouvelles, et dans les récidives la maladie a de la tendance à envahir toujours le même poumon. Nous avons vu la péripneumonie sévir dans presque tous les pays du globe; mais nous l'avons trouvée plus commune dans les régions septentrionales ou dans les climats tempérés, et c'est dans les pays équatoriaux qu'elle paraît avoir son minimum de fréquence. Si elle sévit surtout dans les lieux froids et exposés à de grandes vicissitudes atmosphériques, nous avons vu également que la maladie pouvait être très fréquente dans des pays placés dans des conditions tout à fait opposées. La pneumonie peut régner sporadiquement ou épidémiquement à toutes les époques de l'année; mais on trouve qu'à Paris elle a en général son maximum de fréquence dans les mois d'avril et de mars. Quant aux causes occasionnelles, nous avons vu combien le poumon s'enflammait difficilement par l'action des violences extérieures; ce n'est guère que sur un quart des sujets qu'on a pu constater l'ac-

tion d'une cause occasionnelle, et chez presque tous ce fut un refroidissement du corps. Ainsi dans la grande majorité des cas, la pneumonie est survenue sans qu'on pût saisir l'action d'une cause excitante. Il faut admettre également que lorsqu'une cause occasionnelle paraît avoir provoqué la maladie, elle n'a pu avoir cet effet qu'autant que l'individu était antérieurement prédisposé à en recevoir les atteintes, puisque cette cause avait déjà agi dans des circonstances et apparences semblables, sans avoir eu les mêmes résultats fâcheux. Enfin, c'est en vertu de cette disposition organique, préexistante, qu'on ne saurait nier, que l'on explique l'influence très différente, que peut exercer une même cause occasionnelle, lorsqu'elle agit sur plusieurs sujets à la fois, ou bien sur le même individu, à des époques plus ou moins éloignées. D'après cela, je pense que M. Chomel a parfaitement raison d'établir que les causes occasionnelles n'ont qu'une *influence secondaire* dans la production de la pneumonie, et que cette affection, comme la plupart des autres maladies internes, se développe sous l'influence d'une disposition intérieure dont l'essence nous échappe (1).

VI.— *Rapport entre la cause occasionnelle et le siége de la pneumonie.*

Après avoir apprécié à sa juste valeur la part d'influence qui revient à la cause occasionnelle dans la production des pneumonies, je dois rechercher s'il y a quelque rapport entre l'action de la cause excitante et le siége même de la pneumonie. On conçoit aisément que ce rapport doit exister dans un certain nombre de cas. C'est ainsi que lorsque la maladie survient consécutivement à une contusion thoracique, à une plaie pénétrante de poitrine, c'est dans le point même du poumon, qui a été contus et déchiré, qu'on voit la phlegmasie débuter. On conçoit aussi que dans les cas fort rares où la pneumonie succède à l'inspiration de vapeurs irritantes, l'inflammation doit spécialement affecter les points où la substance toxique s'est portée en plus grande quantité; c'est ce qui explique peut-être pourquoi chez les animaux, que M. Bretonneau a exposés aux vapeurs de l'air chlorydrique, on a trouvé à l'autopsie des noyaux

(1) *Dict. de méd.*, art. *Pneumonie.*

d'hépatisation lobulaire disséminée. Mais les causes occasionnelles qui agissent sur tout le poumon ou sur toute l'économie, comme l'influence du froid, par exemple, ont-elles quelque influence sur le siége que la pneumonie occupe? M. Briquet a résolu cette question par l'affirmative (1). De ce que sur treize pneumonies du sommet, observées par ce médecin, quatre fois seulement le refroidissement avait été senti, tandis que sur cinquante pneumonies des autres parties de ce viscère il y avait eu dix-neuf fois un refroidissement appréciable, l'auteur en conclut que relativement à l'influence des causes occasionnelles les pneumonies du sommet des poumons ne suivent pas la loi qui régit les autres pneumonies, et il est porté à regarder ces inflammations comme ayant un mode de production particulier, lié à l'existence de tubercules pulmonaires. J'examinerai plus tard, la valeur de cette dernière opinion; mais, relativement à l'influence que le refroidissement exerce sur le siége de la pneumonie, je dirai que cette influence me semble tout-à-fait nulle, et M. Briquet a eu tort peut-être de tirer une conclusion générale d'un trop petit nombre de faits. D'ailleurs mes observations plus nombreuses devraient faire admettre une proportion toute contraire. En effet, sur 60 pneumonies du sommet dans lesquelles on a recherché, avec soin, si quelque cause occasionnelle avait agi, 43 fois il fut démontré que les malades n'avaient été soumis à aucun refroidissement appréciable; chez quinze, l'action du froid avait été évidente; enfin deux malades avaient été placés dans des conditions où un refroidissement pouvait avoir eu lieu: toutefois ils ne pouvaient affirmer que cette cause eût réellement agi. Ces faits ayant été comparés à des cas de pneumonie de la base, il en est résulté que chez les malades qui eurent une inflammation du sommet du poumon, il y en avait un plus grand nombre qui s'étaient refroidis que parmi ceux dont la maladie occupait le lobe inférieur. Je ne prétends tirer aucune conclusion de ces faits; car je pense qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence, et que le refroidissement, qui est une cause fréquente de pneumonie, n'exerce cependant aucune influence sur le siége spécial de la maladie dans le lobe supérieur ou inférieur.

(1) *Archives*, t. VII, p.

## ARTICLE III.

### Fréquence de la pneumonie dans le cours des maladies aiguës et chroniques. — Influence que celles-ci exercent sur sa production.

La pneumonie peut se développer dans le cours de toutes les maladies aiguës et chroniques.

Il est des états morbides dans lesquels la pneumonie survient si rarement qu'on peut considérer la maladie primitive comme n'ayant eu aucune part dans sa production. Mais il est d'autres affections au contraire qui se compliquent si fréquemment d'inflammation pulmonaire, qu'il est impossible de nier l'influence que les premières ont exercée, soit comme causes prédisposantes, soit même comme causes excitantes de la maladie intercurrente.

On peut établir d'une manière générale, que tout état morbide de l'économie, dans lequel il existe un mouvement fébrile et un grand degré de faiblesse est une prédisposition puissante pour le développement des phlegmasies pulmonaires. C'est surtout chez les enfans, comme je le dirai plus tard, que nous retrouverons cette tendance extrême des poumons à s'enflammer dans le cours de toute espèce de maladie aiguë ou chronique. Mais il y a néanmoins à tous les âges de la vie un certain nombre d'affections pendant la durée desquelles on voit plus spécialement que dans d'autres survenir des pneumonies intercurrentes.

Chez les enfans à la mamelle, les inflammations pulmonaires consécutives paraissent se déclarer surtout dans le cours du muguet et de l'endurcissement du tissu cellulaire. Chez les enfans plus âgés on trouve que les pneumonies secondaires surviennent en plus grand nombre dans le cours de six maladies qui sont : la gangrène de la bouche, la rougeole, la coqueluche, le croup, la variole et l'entérite. Ainsi il résulte d'un relevé que j'ai fait d'après les observations et des comptes rendus publiés dans différents recueils, que sur 197 enfants atteints des maladies que je viens d'énumérer, il y en a eu au moins 90 qui furent affectés d'une pneumonie intercurrente qui le plus souvent a été la cause principale de la mort des sujets. Sur ce nombre vraiment effrayant de phlegmasies pulmonaires, voici la part qui revient à chacune des maladies précédentes :

Croup. — Pneumonie intercurrente chez les. . . . . 7/8

Tous les observateurs qui ont suivi l'hôpital des enfans à Paris, s'accordent à regarder la rougeole, qu'elle règne sporadiquement ou épidémiquement, comme la cause la plus fréquente des pneumonies secondaires, qui surviennent dans le jeune âge. L'inflammation des poumons est à son tour la cause de mort la plus ordinaire chez les enfans de deux à quinze ans qui sont affectés de rougeole. On dit que cela n'est point applicable aux nouveau-nés, et généralement aux enfans qui ont moins de deux ans. Ainsi on a prétendu que lorsque ceux-ci succombent dans le cours d'une rougeole, ils présentent plus rarement des lésions du côté des poumons que dans les âges suivans; mais ce fait n'est peut-être pas encore suffisamment établi. La pneumonie rubéoleuse survient à une époque variable. Sur 44 observations de pneumonies consécutives à la rougeole que j'ai réunies, je trouve que 29 fois la mort a eu lieu dans le premier septenaire. Chez eux la pneumonie s'est déclarée rarement dans les prodromes, le plus souvent pendant que l'éruption se faisait ou lorsqu'elle était devenue complète. Chez huit la terminaison fatale est arrivée du huitième au quinzième jour, et bien qu'il soit difficile dans la plupart de ces cas de préciser le début de la pneumonie, il m'a paru que chez le plus grand nombre elle n'a commencé qu'à la période de desquamation ou peu de jours après. Enfin chez les sept malades qui restent, la rougeole a suivi une marche régulière; mais arrivés à la convalescence, les enfans ont continué à tousser, l'af-

(1) Voir pour le *croup*, rapport de Royer Collard, p. 114. — Article *croup* du Dict. de *méd.*, 2e édit.— Blache, *Archives* t. XVII, obs. 2e.— Horteloup, *Thèse* de 1828, obs. 1re. — Hache *Thèse* de 1835 n° 360, p. 28. — Pour la gangrène de la bouche, mémoire de Taupin, *journ. des conn. méd. chirur.*, avril 1839. — *Rougeole, gaz. méd.* de 1833. — Boudin *Thèse* 1835, n° 91. — *Coqueluche, dictionn. de méd.* 2e édition. — Desruelles, *Traité de la coqueluche*, Paris, 1827. — *Cyclopédia* vol. III, art. Pneumon. — Mémoire de Blache. *Archives* 2e série., t. III, obs. 7, 9, 10. — *Pour toutes les maladies*. Rilliet et Barthez, 81. — Becquerel, *archives*, 3e série, t. IV, p. 457, etc., etc.

fection catarrhale a persisté pendant un ou plusieurs mois, et c'est après ce long intervalle qu'ils furent emportés par une pneumonie intercurrente.

Chez les adultes ou du moins après seize ans, la rougeole s'accompagne beaucoup plus rarement de pneumonie. Je n'ai guère observé cette complication que sur un vingtième des sujets. Cependant les résultats ne sont plus les mêmes sous l'influence de certaines constitutions épidémiques. C'est ainsi, par exemple, que dans une petite épidémie de rougeole observée en 1832 à l'hospice de la Salpétrière, sur quinze rubéoleux il y en eut sept qui furent affectés de pneumonies (1).

La variole, à quelque âge qu'on l'observe, se complique beaucoup plus rarement de pneumonie que la maladie précédente; mais de toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est celle dans le cours de laquelle on voit le moins souvent survenir une phlegmasie du côté des poumons. Pour ma part je n'en ai jamais observé d'exemple. MM. Rilliet et Barthez n'en citent non plus aucun cas. Sur les 45 observations de pneumonies secondaires, rapportées par Delaberge, par MM. Léger et Burnet, il n'y en a non plus aucune dans laquelle la pneumonie eût été précédée de cet exanthème. Enfin sur 10 scarlatines observées par M. Becquerel, une seule a été compliquée de pneumonie et s'est terminée d'une manière funeste.

Cette rareté des pneumonies qu'on remarque à tous les âges de la vie dans la période aiguë des scarlatines, a été même observée lorsque cette maladie régnait épidémiquement. Ainsi M. le docteur Senn (2) ne cite qu'un seul cas de pneumonie intercurrente, pendant toute la durée de l'épidémie qui sévit en 1825 à l'hospice de la Maternité. M. Bretonneau (3) paraît n'en avoir observé non plus aucun exemple pendant l'épidémie qui, de 1824 à 1828, régna dans le département d'Indre-et-Loire. Pendant celle de Bridlington, qui a été décrite par M. le docteur Humphry Sandwith (4), une inflammation grave et rapidement mortelle semblait bien exister sur un grand

(1) *Gaz. méd.*, année 1833, p. 117.
(2) *Thèse de* 1825, n° 155, p. 58.
(3) *Journ. des con. méd., chir.*, 1re année, p. 267.
(4) *Edinb. Jour.* October 1833.

nombre des malades ; mais l'examen cadavérique prouva qu'il n'y avait eu dans ces cas qu'une simple congestion, qu'un engouement pulmonaire non inflammatoire, circonstance qui paraît avoir été également observée plusieurs fois par M. le professeur Trousseau (1). Toutefois, dans l'épidémie d'Édimbourg de 1832, le docteur Hamilton (2) qui l'a décrite avec beaucoup de soin, dit que chez tous les malades qui succombèrent, à une seule exception près, on constata que la phlegmasie de la gorge s'était propagée aux voies aériennes, et qu'il existait tantôt ue pneumonie, tantôt une bronchite. La phlegmasie du parenchyme pulmonaire existait toujours au premier et au deuxième degré; la mort était si rapide, que dans aucun cas elle n'eut le temps de passer à l'état de ramollissement gris.

La pneumonie au contraire a été observée fréquemment dans l'anasarque qui succède quelquefois à la scarlatine. Dès l'année 1717 les médecins, florentins et Burserius le premier, remarquèrent que plusieurs des personnes qui avaient succombé à cette hydropisie présentaient à l'autopsie des traces de pneumonie et de pleurésie, etc. Le docteur Hamilton a observé les mêmes altérations sur un grand nombre de cadavres. Enfin M. Rayer (3) paraît avoir lui-même confirmé ces résultats ; car il dit que dans presque toutes les formes de la néphrite albumineuse, suite de scarlatine, on remarque des symptômes pulmonaires, et à l'autopsie on constate quelque inflammation des bronches, des poumons ou des plèvres, etc.

Enfin chez les enfans on a signalé la pneumonie lobulaire comme étant toujours secondaire, et succédant à une bronchite capillaire. Mais c'est une question que j'examinerai spécialement, lorsque je traiterai en particulier de cette forme de pneumonie, de même qu'à l'article suivant je déterminerai la proportion des pneumonies qui chez l'adulte et le vieillard se déclarent dans le cours d'une bronchite légère.

Il est d'autres affections spéciales aux adultes ou du moins plus fréquentes à cet âge, et dans le cours desquelles on voit

(1) *Journ. des connais. méd. chir.* 1re année, p. 214.

(2) *The Edinb. med. and. surg. Journ.* vol. 59.

(3) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire.* Paris, 1839, t. I, p. 450.

également survenir un grand nombre de pneumonies. En tête de ces maladies il faut placer la morve aiguë et la phlébite.

L'inflammation des poumons est peut-être, en effet, la lésion secondaire la plus constante de la morve. C'est ainsi que sur au moins vingt individus qui ont succombé à cette redoutable maladie, il y en a à peine trois chez lesquels les poumons aient été épargnés; il est même probable que dans ces cas les recherches auront été faites incomplétement, puisque dans tous les faits qui ont été recueillis en France depuis quelques années on a vu constamment une pneumonie survenir, et qui sauf quelques rares exceptions s'est présentée avec les caractères anatomiques propres aux pneumonies des résorptions purulentes.

La phlébite est après la morve la maladie aiguë qui s'accompagne le plus souvent d'inflammation pulmonaire. Sur 23 observations de phlébite traumatique que j'ai recueillies, ou qui m'ont été communiquées par le docteur Charcellay, aujourd'hui médecin distingué à Tours, j'ai trouvé une pneumonie chez seize, et dans les trois quarts des cas elle se présentait avec les caractères anatomiques des abcès métastatiques.

Ces pneumonies peuvent survenir à l'occasion de toute espèce de solution de continuité quelque légère qu'elle soit; elles sont plus fréquentes après les amputations des membres inférieurs que des membres supérieurs; ce qui dépend probablement de la plus grande étendue des surfaces suppurantes dans le premier cas, et du nombre plusconsidérable de veines qu'on est obligé de diviser; circonstances qui augmentent nécessairement le danger des phlébites. Enfin, les os des membres inférieurs, étant eux-mêmes plus volumineux, leur section se faisant le plus souvent, pour la jambe du moins, dans la portion la plus vasculaire ou à son voisinage, il en résulte fréquemment des phlébites capillaires, bornées au lacis veineux qui existe dans les os, surtout dans leur portion aréolaire; altération qui avait fixé mon attention dès l'année 1831, et qui est fréquemment le point de départ des lésions viscérales si nombreuses, qu'on observe chez ceux qui meurent à la suite des résorptions purulentes. Ce que je viens de dire de la fréquence des phlébites osseuses expliquera pourquoi j'ai observé des pneumoniesmétastatiques deux fois plus fréquemment après les plaies de tête, avec dénudation des os, qu'à la suite des amputations faites dans la

continuité des membres supérieurs. Si on réfléchit, en effet, à la grande vascularité du diploë, au lacis veineux et aux sinus qui le traversent, on comprendra pourquoi les plaies de tête sont suivies si fréquemment des accidens de résorption et de pneumonies consécutives.

Si M. le docteur Tonnellé de Tours, dans un excellent compte rendu de la clinique de la Maternité, a trouvé une inflammation pulmonaire chez un douzième des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale (1), je crois pourtant que ce n'est pas une raison pour regarder cette maladie comme une cause active de pneumonie. Il importe en effet de dire ici que sous le nom de *fièvre puerpérale*, les anciens comme les modernes, et M. Tonnellé avec eux, ont décrit des maladies dont le siége anatomique *primitif* diffère beaucoup; ce qui modifie également la fréquence et la forme des lésions secondaires. Dans les cas où il n'existe qu'une métro-péritonite simple, avec ou sans lymphangite, la pleurésie se remarque sur 1/4 des cadavres; mais la pneumonie est un accident tellement rare alors, que sur 52 autopsies que j'ai faites, j'ai toujours trouvé les poumons exempts de tout travail inflammatoire. Mais il n'en est plus de même dans les cas où sous le nom de fièvre puerpérale, on a décrit des phlébites utérines; alors on voit la pneumonie survenir comme dans tous les autres formes d'inflammation veineuse.

Après les maladies aiguës que je viens de nommer, celle qui s'accompagne le plus souvent de pneumonie, c'est sans contredit la *fièvre typhoïde*, pendant laquelle j'ai constaté des symptômes d'inflammation pulmonaire sur un septième des malades. M. Louis a observé cette même complication dans un sixième des cas, et cette proportion est à peu près celle qu'on trouve chez les enfans.

Ce dernier chiffre me paraît également exprimer à peu de chose près la proportion des pneumonies qui viennent compliquer les maladies aiguës de l'encéphale, s'accompagnant d'une vive réaction fébrile.

La pneumonie survient aussi très fréquemment dans le cours de plusieurs maladies chroniques. On a surtout signalé les tubercules pulmonaires comme étant une cause très active d'in-

(1) *Archives*, t. XXII, p. 487.

flammation, en agissant sur le tissu de l'organe à la manière des corps étrangers. Mais cette question est difficile, et peut-être même impossible à résoudre dans l'état actuel de la science. Nous ne connaissons pas en effet le degré de fréquence de la pneumonie chez les sujets tuberculeux pendant les deux premières périodes de la maladie; car l'inflammation pulmonaire passe souvent inaperçue pour le malade et même pour le médecin. Mais en ne tenant compte que des pneumonies qui surviennent à une période avancée, on voit que cette complication est extrêmement commune, puisque M. Louis l'a trouvée sur le 1/4 des cadavres qu'il a ouverts (1), proportion qui est un peu plus considérable que pour les autres maladies chroniques.

Les affections organiques du cœur me semblent pouvoir être placées immédiatement après la phthisie pulmonaire, comme favorisant le développement des pneumonies consécutives. C'est ainsi que sur 65 observations de maladies du cœur analysées par moi, j'ai trouvé sur 18, c'est-à-dire sur plus du 1/4, une pneumonie survenue comme lésion ultime. Ce résultat est conforme à celui qu'a indiqué le docteur Clendinning, d'après des faits beaucoup plus nombreux (2), puisque sur 145 autopsies que ce médecin a faites, il a trouvé une inflammation pulmonaire chez 36 sujets, c'est-à-dire dans la quatrième partie des cas. Aucune autre complication n'a été remarquée plus souvent.

Les affections cancéreuses des viscères, les maladies organiques du foie, et spécialement la cirrhose, enfin la néphrite albumineuse, m'ont paru avoir une influence à peu près égale dans la production des pneumonies consécutives, puisqu'il résulte de mes observations et de celles publiées par les auteurs, qu'on verrait survenir une inflammation des poumons sur le sixième ou le septième des individus atteints des affections que je viens de nommer (3).

Georget (4) avait prétendu que les phlegmasies aiguës des

(1) *Rech. sur la Phthisie*, p. 57.

(2) *Gaz. médic.*, année 1838, p. 605.

(3) Voir *mémoire de Becquerel sur la cirrhose*, *Archives*, 3e série, t. VIII, p. 49. — *Malad. de Bright*. Voir Rayer, *Malad. des reins*, t. II, p. 291, — *Archives*, t. VI, 2e série, p. 369. — Ouvrage de *Christison*. — *Brigh Reports of medical cases*, London, 1827, in-4.

(4) *Dict. de méd.* 2e édit., t. XIII, p. 294.

organes thoraciques, étaient assez rares chez les aliénés. Cette assertion est peut-être exacte pour les maniaques, mais elle cesse d'être vraie si on veut l'appliquer aux aliénés qui sont tombés dans la démence, et chez lesquels l'affaiblissement des facultés mentales s'accompagne d'un état de paralysie musculaire, partielle ou générale. Ainsi M. le docteur Bayle (1) a vu qu'un dixième environ de ces aliénés succombaient à une pneumonie intercurrente. Ayant également analysé les observations que M. Calmeil a réunies dans sa monographie (2), j'ai trouvé que sur 40 aliénés morts avec les symptômes de la paralysie générale, 3 offraient les traces d'une pneumonie évidente, et dans deux autres cas (Observ. 30 et 31) il semble que la même altération a été rencontrée. Plus récemment M. Calmeil (3), dans ses recherches sur les maladies incidentes des aliénés, a annoncé que de toutes les phlegmasies des organes parenchymateux celles des poumons étaient les plus fréquentes. Ce laborieux observateur a vu en effet que sur 100 insensés pris au hasard dans un établissement public, on peut affirmer qu'on trouve les divers degrés d'hépatisation sur un cinquième d'entre eux, proportion qui est à peu près celle que donne le docteur Bouchet dans ses recherches statistiques sur l'hôpital de Nantes. Ce médecin ayant en effet déterminé la cause de la mort chez 106 aliénés, a trouvé que chez 24 elle avait été produite par une pneumonie intercurrente, et que la plupart avaient succombé à des maladies des organes de la respiration et de la circulation (4).

Deux de mes amis ayant bien voulu me communiquer le résumé de leurs observations sur les maladies incidentes des aliénés, j'ai encore trouvé que la pneumonie s'était présentée assez fréquemment chez ces individus. Ainsi M. Baillarger, déjà connu dans la science par d'excellens travaux, m'a dit que sur 168 autopsies d'aliénés faites par lui à Charenton, pendant les années 1832, 33 et 34, il avait trouvé des traces de pneumonies chez un neuvième environ des sujets. Plus récemment M. Thore, interne distingué des hôpitaux, ayant recherché les causes de mort

(1) *Traité des malad. du cerv.* Paris, 1826, p. 488.

(2) *Paralysie chez les aliénés*, Paris, 1826, p. 482. — Esquirol, *Des Maladies mentales*, Paris, 1838, t. II, p. 271.

(3) *Dict. de méd.*, 2e édit., t. II, p. 196.

(4) *Annales d'hyg. et de méd. lég.*, t. XXIII, p. 371.

chez tous les aliénés qui ont succombé à l'hospice de Bicêtre pendant l'année 1839, a trouvé que sur 52 individus morts indépendamment de la folie, et par le fait seulement d'une maladie incidente, il y en avait 11 qui avaient succombé à une inflammation des poumons.

Il résulte donc des faits qui précèdent, que la pneumonie est une des maladies incidentes les plus fréquentes chez les aliénés ; il est d'autant plus important de connaître ces faits, que l'inflammation étant presque toujours latente, ou bien les individus se plaignant rarement, il est du devoir du médecin d'explorer fréquemment les organes thoraciques.

En résumé nous voyons que la pneumonie est un des accidens les plus redoutables et les plus fréquens qu'on puisse observer dans le cours des principales maladies aiguës et chroniques. Cette complication du côté des organes respiratoires se remarque surtout dans les affections les plus graves, et lorsque celles-ci sont déjà parvenues à une période plus ou moins avancée. Est-il possible d'en expliquer le développement par une influence spéciale dépendant du siége anatomique de la maladie primitive ; ou bien pouvons-nous saisir, pour toutes les maladies que nous avons passées en revue, une ou plusieurs circonstances communes auxquelles il faudrait attribuer la plus grande part dans le développement des pneumonies secondaires? Il est incontestable que dans quelques cas rares la nature et le siége de la maladie primitive rendent compte pourquoi une pneumonie est survenue comme complication plutôt que toute autre altération.

C'est ainsi qu'on s'explique très bien, par exemple, par le siége de la maladie préexistante le développement d'une pneumonie lobulaire chez les enfans affectés de bronchite capillaire. C'est peut-être encore par une action directe qu'on peut expliquer le développement de la pneumonie dans le croup et surtout dans la coqueluche ; car la complication survient spécialement dans la période spasmodique, et lorsque les quintes étant le plus approchées et le plus intenses, entretiennent dans les poumons une congestion presque constante. Si de toutes les maladies cutanées fébriles la rougeole est celle qui se complique le plus souvent de pneumonie, il faudra peut-être aussi se l'expliquer par une action spéciale que le virus morbilleux exerce sur les

voies aériennes. Il est en effet fort rare de voir une rougeole sans catarrhe pulmonaire. Or, comme nous le dirons bientôt, par le seul fait de la bronchite, l'individu est déjà plus prédisposé qu'un autre à la pneumonie. On se rend compte encore facilement pourquoi, dans quelques cas *fort rares* d'apoplexie pulmonaire, lorsque le poumon a été déchiré dans une certaine étendue il se développe dans les points correspondans à l'épanchement une pneumonie qu'on pourrait appeler traumatique. Je dis d'ailleurs que la pneumonie consécutive est rare dans ces cas, puisque chez 17 cadavres sur lesquels j'ai examiné un grand nombre de noyaux apoplectiques, une seule fois je trouvai une inflammation dans les points correspondans du poumon qui était déchiré dans la plus grande partie d'un lobe. C'est encore par une action toute locale qu'on a prétendu expliquer la fréquence de la pneumonie dans le cours de la phthisie pulmonaire ; on a pensé que les tubercules agissaient alors à la manière des corps étrangers et par voie d'irritation. Je suis loin de contester absolument cette influence, mais je pense que ce n'est point de cette manière qu'on peut expliquer le développement de la pneumonie ultime ; car, comme cela résulte surtout des recherches de M. Louis, il n'y a le plus souvent aucun rapport entre la gravité et le siége des lésions pulmonaires et la pneumonie consécutive. Ainsi sur 18 individus qui ont présenté une hépatisation, quatre seulement avaient de vastes cavernes, tandis que les autres ne présentaient que des granulations ou des tubercules incomplétement vidés ; enfin, dans la plupart des cas la pneumonie par contre des tubercules occupait le lobe inférieur. Ces faits font donc présumer que les tubercules agissent autrement que par une action mécanique dans la production des pneumonies. Cependant je dois dire que les tubercules me semblent être une cause active de pneumonie dans quelques cas de phthisie aiguë ; lorsque par exemple le parenchyme pulmonaire est envahi brusquement et sur une large étendue par une grande quantité de granulations miliaires. C'est ainsi que sur quatre observations de phthisie aiguë rapportées par M. Louis dans son ouvrage (1), trois se sont compliquées de pneumonie dans les derniers jours

(1) *Obs.* 33, 34, 35 et 36 du *Traité de la phthisie.*

le la vie. Je n'ai observé qu'un seul fait de phthisie aiguë, et il démontre encore l'influence que je viens de signaler. Un jeune homme d'une faible constitution et atteint d'une umeur blanche du coude, entra en 1832 dans le service le M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, auquel j'étais alors attaché en qualité d'élève interne : l'amputation fut résolue ; mais avant de a pratiquer, la poitrine fut examinée par nous avec beaucoup de soin. M. Breschet, suivant son habitude, pria un des médecins de l'Hôtel-Dieu d'ausculter le malade, et tous nous fûmes unanimes pour reconnaître qu'il n'existait chez ce sujet aucun signe rationnel ou physique de tubercules ; l'amputation fut donc pratiquée. Les résultats immédiats furent satisfaisans, la plaie du moignon était presque entièrement cicatrisée, le malade se levait et digérait déjà une certaine quantité d'alimens, lorsqu'il fut pris tout à coup et sans cause connue de èvre intense, d'oppression, de toux ; le thorax était sonore dans ous les points, l'auscultation n'indiquait partout que l'existence d'un râle sibilant assez fin ; ce jeune homme succomba n moins d'une semaine avec une oppression extrême et dans n état voisin de l'asphyxie. A l'autopsie je trouvai les deux oumons lourds, pesans, farcis à la surface et dans toute leur paisseur d'une quantité innombrable de granulations grises emi-transparentes et confluentes presque partout ; le tissu pulonaire avait dans presque tous les points de sa surface de la ensité et de la friabilité, ou bien il était infiltré de liquide reux et jaunâtre ; mis dans l'eau, il surnageait incomplétement ou gagnait le fond du vase. Dans ce cas il était imossible de méconnaître l'influence que les tubercules avaient xercée comme cause excitante, dans la production de la pneuonie.

Dans la plupart des cas le développement des pneumonies condaires ne peut s'expliquer par une action directe exercée ır la maladie primitive, mais il faut reconnaître alors un aue mode d'influence. Il y a dans les maladies aiguës et chroques deux conditions communes à toutes, qui existent le us souvent ensemble, d'autres fois isolément ; ce sont *le ouvement fébrile et la faiblesse* : ces deux circonstances me mblent jouer le principal rôle dans la production des pneuonies secondaires. Si on se rapporte à ce que j'ai dit pré-

cédemment, on verra en effet les inflammations du poumon acquérir leur maximum de fréquence dans les maladies où les deux conditions dont je parle existent réunies. C'est ce qui explique pourquoi les pneumonies secondaires sont si fréquentes dans la fièvre typhoïde et la phthisie. En général, c'est lorsque l'appareil fébrile dure déjà depuis longtemps, et que les forces sont le plus prostrées qu'on voit survenir la plupart des phlegmasies pulmonaires : ainsi chez les tuberculeux le plus grand nombre des pneumonies se déclare à la fin de la troisième période, et chez les typhoïdes c'est communément entre le deuxième et le troisième septenaire de la maladie.

Mais lequel de l'état fébrile ou de la faiblesse a la plus grande part dans la production des pneumonies secondaires? Je n'hésite pas à dire que c'est la faiblesse. Dans les maladies, en effet, où il y a un appareil fébrile violent sans que la prostration soit bien forte, on voit assez rarement survenir des pneumonies secondaires ; je citerai entre autres affections l'érysipèle de la face, et le rhumatisme articulaire. Au contraire, dans les maladies apyrétiques qui s'accompagnent d'une grande prostration, comme dans les lésions organiques du foie, du cœur et des autres viscères, dans les paralysies générales qui accompagnent la démence, etc., nous voyons les pneumonies survenir en très grand nombre ; il en est de même dans les maladies septiques, dans les affections gangréneuses, dans lesquelles la prostration, l'anéantissement des forces est un des symptômes prédominans. Telle est, par exemple, la stomatite gangréneuse des enfans.

L'influence qu'exerce la faiblesse dans la production des pneumonies secondaires est encore prouvée quand on considère la fréquence de la pneumonie aux différens âges. Je dirai plus tard combien souvent la pneumonie vient compliquer toutes les maladies de l'enfance ; on verra aussi que la proportion des phlegmasies pulmonaires va en augmentant à mesure qu'on avance davantage dans la vie. Ainsi, les pneumonies secondaires ont leur maximum de fréquence aux deux extrêmes de l'existence de l'homme, c'est-à-dire aux deux époques où l'organisme réagit le moins contre les agens de destruction et où la plupart des maladies pour peu qu'elles se prolongent s'accompagnent d'une grande prostration. Toutes les causes débilitantes chez l'enfant et le vieillard deviennent des causes actives

de pneumonie. C'est ainsi qu'à l'hôpital des enfans on voit succomber à cette maladie un grand nombre d'individus qui ne sont atteints d'aucune maladie déterminée, mais dont la constitution s'est affaiblie, dont les forces se sont prostrées par un séjour prolongé dans des salles trop souvent insalubres. La même remarque peut être faite pour les vieillards. A l'époque où je fus attaché, en qualité d'interne, dans des salles de chirurgie, spécialement à l'hospice de la Salpétrière et à l'Hôtel-Dieu, j'avais été surpris du grand nombre de vieillards qui étaient emportés par des inflammations pulmonaires intercurrentes, et le plus souvent latentes. Cette complication se remarque surtout dans les cas de fracture des membres inférieurs exigeant le repos au lit dans une position qui varie peu, et un séjour de plusieurs mois dans des salles d'hôpital; circonstances qui débilitent rapidement les individus. Je regrette de n'avoir à produire ici aucun chiffre pour convaincre le lecteur; mais je ne doute pas que cette observation ne soit sanctionnée plus tard par des relevés numériques. En attendant, je ne saurais trop engager les chirurgiens à surveiller l'état de la poitrine chez les vieillards qu'ils traitent, car c'est de ce côté que le péril arrive le plus souvent

Broussais, ayant observé un certain nombre de pneumonies dans le cours des fièvres intermittentes, s'était expliqué leur production par une action spéciale exercée par le mouvement fébrile. Ce célèbre médecin avait prétendu (1) que le frisson qui marque le début des accès fébriles pouvait être une cause déterminante d'une phlegmasie, qui tantôt restait bornée à la muqueuse bronchique, mais qui pouvait aussi gagner le parenchyme pulmonaire. Suivant l'auteur du *Traité des Phlegmasies chroniques*, le frisson fébrile agirait en supprimant les évacuations cutanées et en déterminant vers les viscères, et surtout du côté des poumons, des congestions plus ou moins intenses, bientôt suivies d'inflammation. Enfin, Broussais prétendait (2) que l'hépatisation, l'induration des poumons était un accident très fréquent chez les individus qui, ayant éprouvé pendant longtemps des accès de fièvre intermittente, restaient ensuite jaunes, faibles, lan-

(1) *Hist. des phleg. chron.*, 4e édit. Paris 1829, t. I, p. 151.
(2) *Id.*, t. Ier, p. 125.

guissants et infiltrés. Cette sorte de cachexie était regardée par Broussais comme dépendant le plus communément de quelque phlegmasie pulmonaire ou des voies digestives (1). Cependant si on lit les observations particulières rapportées par l'auteur, on ne voit pas que le frisson initial des accès fébriles ait eu sur la production des pneumonies l'influence qu'il lui attribue. Car, comme il l'observe lui-même (2), les malades qui succombaient avec une induration pulmonaire, n'éprouvaient plus de fièvre depuis un certain temps, comme quinze jours ou un mois. Il est vrai que Broussais considérait cette induration du poumon comme le résultat d'une phlegmasie chronique, et par conséquent, il en faisait remonter le début à une époque déjà éloignée; mais rien encore ne justifie cette opinion. Il faut, je crois, regarder les hépatisations du poumon que Broussais a rencontrées chez ces sujets, comme indiquant une inflammation récente, et semblable à celles que nous avons vues déjà survenir en grand nombre dans le cours de la plupart des maladies aiguës et chroniques. C'est encore par la faiblesse que s'explique le développement des pneumonies secondaires chez les individus qui, après avoir été longtemps tourmentés par des fièvres d'accès, gardent le teint jaune paille, ont les membres infiltrés, le sang appauvri, toutes les fonctions enfin dans un état de langueur. Cependant je suis porté à croire que les phlegmasies pulmonaires sont loin d'être aussi fréquentes dans ce cas que Broussais l'a prétendu. Si, en effet, on consulte le tableau que le docteur Maillot (3), l'un de ses élèves, a publié sur les lésions viscérales qu'on rencontre dans les fièvres intermittentes, on voit que sur 1680 individus qui ont présenté des altérations diverses du côté des viscères, il n'y en a que deux qui aient été affectés de pleuro-pneumonie. Les autres auteurs, même parmi les modernes, ne signalent pas non plus la pneumonie comme étant une maladie qu'on observe fréquemment, soit comme complication soit comme lésion ultime des fièvres intermittentes prolongées.

Pour terminer ce qui se rapporte au mode de génération des

(1) *Loc. cit.*, t. Ier, p. 126.

(2) *Loc. cit.*, p. 138.

(3) *Traité des fièv. ou irrit. cérébro-spin. interm.*, Paris, 1836, p. 414.

pneumonies secondaires, je dirai que dans les affections mobiles on peut voir les pneumonies se déclarer par suite d'un véritable transport de la cause morbide. C'est ce qu'on observe spécialement dans quelques pneumonies qui surviennent dans le cours des attaques de rhumatisme ou de goutte. Les anciens médecins avaient d'ailleurs beaucoup exagéré cette influence. Frappés de l'extrême mobilité de ces affections, ils avaient coutume de leur attribuer la plupart des phlegmasies viscérales qu'ils observaient chez les goutteux et les rhumatisans. Barthez (1) surtout prétendait que de toutes les inflammations rhumatiques des viscères la pneumonie était la plus commune. Ces médecins admettaient l'influence rhumatismale ou goutteuse, non-seulement lorsqu'ils voyaient la pneumonie succéder à une brusque disparition des douleurs articulaires ; mais ils supposaient l'action de la même cause chez des sujets qui avaient eu antérieurement un ou plusieurs accès de goutte. La pneumonie semblait même, d'après quelques auteurs, pouvoir être supplémentaire de la goutte. Mais une observation plus attentive a dû faire modifier des opinions qui avaient régné longtemps dans les écoles. Nul doute que les anciens n'aient exagéré la fréquence des métastases rhumatismales vers les poumons ; il est probable qu'ils prenaient pour des pneumonies de simples pleurodynies, qu'il n'est pas rare en effet de voir concurremment exister avec des douleurs articulaires.

Cependant l'observation journalière démontre que les phlegmasies des poumons sont une des complications qui surviennent le plus rarement dans le cours du rhumatisme articulaire. Pour ma part, je ne l'ai vu que chez deux malades, et MM. Chomel et Requin n'en parlent point dans leur monographie.

Dans les cas dont il s'agit, la pneumonie apparaît tantôt comme un accident presque indépendant de l'affection première ; d'autres fois, au contraire, celle-ci constitue réellement la cause déterminante de la maladie qui vient la compliquer. Dans ce dernier cas, l'invasion de la pneumonie coïncide avec la diminution ou même avec la cessation subite des douleurs articulaires. Les anciens disaient alors qu'il y avait *métastase,*

(1) *Maladies goutteuses*, Paris, 1819, t. II, p. 128, et Guilbert, *Trait. de la goutte*, p. 59.

ou transport de l'humeur, de la cause rhumatismale des jointures sur les poumons. Quelques faits recueillis par les médecins modernes viennent confirmer cette manière de voir. M. le professeur Andral a rapporté dans sa Clinique (1) l'observation intéressante d'un homme de vingt-cinq ans, affecté d'un rhumatisme articulaire aigu fébrile, chez lequel les douleurs dont les jointures étaient le siége, disparurent tout à coup, et en même temps une oppression considérable survint; bientôt le malade éprouva une toux rare et sèche d'abord, mais qui, vers le troisième jour, s'accompagna d'une expectoration de crachats rouillés et caractéristiques d'une pneumonie, que l'auscultation permit de localiser dans la fosse sous-épineuse droite. Il y a quelques années un fait à peu près semblable a été observé à l'hôpital de la Charité, dans le service alors confié à M. Dalmas. Un homme, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, arrivé au troisième jour, fut frappé brusquement de pneumonie double avec prédominance de pleurésie après la cessation subite des douleurs articulaires. Enfin, il y a un an, j'ai observé une jeune fille de dix-sept ans, bien réglée, d'une constitution chétive, qui était affectée d'un rhumatisme fébrile occupant les poignets, les genoux et les pieds; elle accusait aussi une vive douleur dans les muscles des régions lombaires qui rendait les mouvements du tronc à peu près impossibles. Au dixième jour de la maladie la douleur qui occupait les reins cessa tout d'un coup; pendant la nuit, et à l'instant même, la malade ressentit un violent point de côté au niveau de la mamelle gauche. L'oppression devint extrême, une toux sèche survint, et la malade éprouva en même temps un frisson violent. A la visite du matin je constatai l'existence d'une pleuro-pneumonie gauche. Je m'assurai que les douleurs des articulations non-seulement n'avaient pas cessé; mais que dans plusieurs d'entre elles, elles avaient acquis plus d'intensité; que par conséquent dans ce cas la métastase n'avait eu lieu qu'aux dépens de la cause rhumatismale, qui avait primitivement envahi les muscles des régions lombaires.

En résumé, les maladies nombreuses aiguës ou chroniques que nous venons de passer en revue, agissent dans la produc-

(1) *Cliniq. méd.*, obs., 61, t. III, p. 436.

tion des pneumonies secondaires, tantôt par continuité ou contiguité de tissu, comme lorsqu'une inflammation des bronches se propage au parenchyme des poumons; ou bien, lorsque des tubercules éclos tout d'un coup en grand nombre, ou du sang épanché sur une grande surface, irritent et enflamment les parties qui les entourent; tantôt c'est une maladie qui se déplace et qui se porte d'un organe primitivement envahi sur l'un ou l'autre poumon. Le plus souvent enfin les maladies provoquent l'explosion des pneumonies secondaires par suite de la faiblesse qu'elles produisent, soit que celle-ci agisse en rendant plus fréquentes et plus faciles les congestions passives des poumons, soit que l'individu affaibli soit plus impressionnable et résiste moins aux causes ordinaires des pneumonies.

Après avoir étudié les conditions spéciales qui président au développement des pneumonies secondaires, il me reste à déterminer la part qu'ont aussi dans leur production, les principales causes prédisposantes et occasionnelles des pneumonies primitives. Je vais donc examiner l'influence de l'âge, du sexe, des saisons; mais j'insisterai surtout sur celle que le décubitus exerce.

1° *Age.* Nous avons vu combien les pneumonies primitives survenant au milieu d'une santé parfaite, étaient rares chez les enfans; par contre les pneumonies consécutives sont extrêmement fréquentes à cet âge. MM. Rufz et Gerhard affirment même (1) qu'il est bien peu de jeunes enfans de 2 à 5 ans qui succombent à une maladie quelconque sans en offrir des traces. Cette remarque a été confirmée par les recherches ultérieures de plusieurs autres médecins. Ainsi, dans le jeune âge, toute maladie aiguë ou chronique peut provoquer le développement d'une pneumonie mortelle. La faiblesse des sujets, consécutive à une maladie antérieure, le séjour prolongé dans les salles d'un hôpital, l'affaiblissement de la constitution par suite d'un mauvais régime ou d'une diarrhée prolongée, enfin l'état rachitique et scrofuleux sont, indépendamment de toutes les maladies aiguës et chroniques dont j'ai parlé précédemment, tout autant de conditions qui rendent la pneumonie tellement fréquente à l'hôpital des enfans que pendant longtemps un praticien juste-

(1) *Mémoires cités.*

ment estimé, M. le docteur Guersant, a cru à la contagion de la maladie. De cinq à quinze ans les pneumonies secondaires, quoique généralement plus fréquentes que dans les âges qui suivent, le sont cependant beaucoup moins que dans la période qui comprend les quatre ou cinq premières années de l'existence.

La période de 16 à 20 ans est celle pendant laquelle on voit les pneumonies survenir le plus rarement comme complication, tandis que les phlegmasies pulmonaires consécutives sont ensuite d'autant plus fréquentes que les individus sont parvenus à une période plus avancée de la vie. Voici, en effet, suivant quelle proportion ont été réparties 69 pneumonies qui se sont déclarées chez des sujets déjà affectés d'autres maladies aiguës ou chroniques.

| | |
|---|---|
| De 16 à 20 ans. . . . . | 5 |
| de 20 à 30. . . . . . | 8 |
| de 30 à 40. . . . . . | 9 |
| de 40 à 50. . . . . . | 13 |
| de 50 à 60. . . . . . | 15 |
| de 60 à 70. . . . . . | 19 |

2° *Sexe.* Le sexe ne paraît exercer presque aucune influence. C'est ainsi que sur 67 malades atteints de pneumonie consécutive, je trouve 30 femmes pour 37 hommes, proportion bien différente de celle que nous avons donnée précédemment pour les pneumonies franches. Ce résultat vient confirmer l'opinion que j'ai émise, savoir, que si l'homme adulte est plus souvent affecté de pneumonie franche que la femme, cela dépend bien moins du sexe des individus que d'une influence qu'exerce la différence du régime et des occupations.

3° *Saisons.* L'influence des saisons froides n'est pas moins évidente dans la production des pneumonies secondaires que dans celles qui sont primitives. C'est ainsi que sur 29 pneumonies consécutives dans lesquelles on a noté l'époque de l'année à laquelle elles sont survenues, j'en trouve 22 pour l'hiver et le printemps et 7 seulement pour l'été et l'automne.

4° *Décubitus.* S'il nous a été impossible précédemment d'affirmer que l'espèce de décubitus eût de l'influence dans la production des pneumonies primitives, il n'en est plus de même pour celles qui sont consécutives. Plusieurs auteurs ont déjà

signalé les congestions passives comme la cause de la plupart des pneumonies secondaires ; ils ont pensé que le décubitus longtemps prolongé sur la même partie du corps, sur le dos, par exemple, devait finir par déterminer dans la partie postérieure des poumons une congestion passive, une stase sanguine d'autant plus forte que la résistance vitale était d'autant plus affaiblie par une maladie antérieure, par le régime, par l'âge ou un séjour prolongé à l'hôpital. Le sang ainsi accumulé finirait, en agissant comme corps étranger, par provoquer une véritable phlegmasie du parenchyme pulmonaire. C'est surtout chez les jeunes enfans que la pneumonie a été regardée comme étant un résultat assez ordinaire et presque constant d'une stase sanguine dans les poumons. Ainsi, Billard (1) attribue la fréquence plus grande des pneumonies droites chez les nouveau-nés à l'habitude où l'on est à l'hospice de coucher les enfans sur le côté droit. M. Denis (2) a émis la même opinion ; il dit avoir vu en 1823 que dans les salles de M. Breschet, les enfans, par suite d'un préjugé des infirmières, étaient tous couchés sur le côté droit ; aussi les pneumonies furent nombreuses, et comparées à celles du poumon gauche elles étaient dans la proportion de 10 à 1. On parvint à forcer les infirmières à placer les enfans sur le côté gauche, et la même affection fut notée sur le poumon gauche dans une proportion approximative de 10 à 1. M. Léger (3), et plus récemment MM. Rilliet et Barthez (4) disent aussi que chez plusieurs enfans le coucher sur le dos longtemps continué leur a paru la seule cause qu'on pût invoquer pour expliquer le développement de quelques pneumonies secondaires.

Le décubitus dorsal a été également signalé comme une cause fréquente des pneumonies consécutives qu'on observe chez les adultes. M. le professeur Piorry (5) a décrit, dans un mémoire intéressant, cette forme de pneumonie qu'il a nommée *hypostatique*, et qu'il signale comme fréquente chez les individus qui, affaiblis par l'âge ou les maladies, restent pendant longtemps

(1) *Loc. cit.*, p. 512.

(2) *Rech. sur les mal. des enfans*, p. 574.

(3) *Loc. cit.*, p. 17.

(4) *Loc. cit.*, p. 83.

(5) *Transactions méd.*, t. XI, p. 173.

dans le décubitus dorsal. Il est démontré aujourd'hui qu'à mesure que chez l'homme malade on voit diminuer la puissance vitale, les lois physiques reprennent peu à peu tout leur empire. C'est ainsi que l'engorgement sanguin que nous remarquons dans nos autopsies à la base et sur le bord postérieur des poumons n'est pas un phénomène purement cadavérique; Bayle (1) a prouvé, en effet, que cette stase sanguine se formait pendant l'agonie ou dans les derniers momens de la vie; tandis que la position qu'on avait donnée aux cadavres avait été sans influence sur le siége et les limites de cet engorgement. M. Léger (2) a tenté plus tard des expériences qui ont confirmé les recherches faites antérieurement par Bayle. Je crois que cet engorgement sanguin des poumons vers les parties déclives, survient chez les individus affaiblis bien avant le commencement de l'agonie, comme on peut s'en convaincre facilement à l'aide de la percussion et de l'auscultation.

Cet engouement est réellement la cause d'un grand nombre de pneumonies consécutives; celles-ci, en effet, occupent presque toujours les parties les plus déclives, c'est-à-dire que sur 28 pneumonies secondaires affectant des individus adultes qui sont depuis un temps plus ou moins long dans le décubitus dorsal, il y en a 25 qui occupaient le lobe inférieur ou le bord postérieur de l'un ou l'autre poumon, quelquefois des deux poumons ensemble, tandis que trois fois seulement l'hépatisation était limitée au lobe supérieur. Cette influence du décubitus est si réelle pour la production des pneumonies secondaires, qu'on pourrait, pour ainsi dire, les faire naître à volonté sur telle ou telle partie des poumons, en variant les positions des malades. Ainsi dans le mois de février 1840, une femme de 36 ans mourut vers le quarantième ou quarante-cinquième jour d'une fièvre typhoïde; des escarrhes qui étaient survenues au sacrum et sur les trochanters, nous avaient forcé de laisser cette malheureuse couchée constamment sur le ventre pendant les 18 derniers jours de la vie; on put toutefois dans la dernière semaine, la placer alternativement sur le ventre et sur le côté gauche du corps. A l'autopsie je ne trouvai aucune espèce d'engouement à la partie postérieure des deux poumons; le

(1) *Chomel, path. générale*, 3e édit., p. 552.

(2) *Thèse*, p. 17.

tissu y était parfaitement souple et crépitant ; au contraire le bord antérieur de ces organes était complétement induré ; l'hépatisation était à un degré d'autant plus avancé que l'on se rapprochait davantage du bord tranchant. Elle cessait à droite à 3 centimètres de la scissure, tandis qu'à gauche la pneumonie occupait le lobe inférieur dans les 3/4 antérieurs de la circonférence. M. le docteur Barth m'a dit avoir observé, à l'hôpital Saint-Louis, un fait exactement semblable. Enfin, M. Renault, professeur de clinique à Alfort, à qui je demandais des renseignemens sur le siége ordinaire des pneumonies chez les quadrupèdes, m'a affirmé que lorsque la maladie est idiopathique, elle occupe presque toujours, comme chez l'homme, le bord supérieur ou postérieur de l'organe, tandis que, lorsque l'inflammation pulmonaire se déclare chez des animaux affaiblis qui présentent des symptômes typhoïdes, on la voit alors envahir exclusivement les parties déclives de l'organe, c'est-à-dire le bord inférieur ou antérieur, à tel point que dans un grand nombre de cas on ne sait si on a affaire à une pneumonie ou bien à un épanchement pleurétique.

5° *Causes occasionnelles.* — Dans l'immense majorité des cas les pneumonies secondaires surviennent sans le concours d'aucune cause occasionnelle appréciable. L'action directe du froid n'a été évidente que chez deux sujets qui, ayant le corps échauffé et en sueur, s'exposèrent momentanément à un courant d'air. Chez tous les autres malades, la pneumonie a paru se déclarer indépendamment de cette cause ; en effet, la plupart des individus affaiblis et déjà parvenus à une période avancée de leur maladie, ne quittaient plus leur lit ; ils étaient bien couverts et étaient dans des salles suffisamment chaudes ; ils étaient par conséquent dans les conditions les plus favorables pour éviter un refroidissement. Cependant je conviens qu'il est beaucoup de malades affaiblis qui se lèvent ou se découvrent étant en sueur, quelquefois à leur insu, comme pendant le sommeil, de sorte qu'il est à peu près impossible de dire, même approximativement, le nombre des pneumonies secondaires qui surviennent sous l'influence d'une cause excitante, et spécialement à l'occasion d'un refroidissement.

## ARTICLE III.

### Des Pneumonies qui sont consécutives à une bronchite.

On aura peut-être été surpris que dans l'article que je viens de consacrer aux causes des pneumonies secondaires, je n'aie point parlé spécialement de celles de ces maladies qui sont consécutives à une bronchite aiguë ou chronique ; mais l'analyse des faits m'ayant prouvé que les pneumonies qui arrivent dans ces circonstances ne diffèrent en rien, chez l'adulte du moins, de celles qui se déclarent au milieu de la santé la plus parfaite, je n'ai pas cru devoir les confondre avec les inflammations des poumons qui compliquent si souvent les maladies graves, et qui se présentent avec des symptômes et des caractères spéciaux, comme on le verra par la suite. Je ne pouvais non plus, sans inconvénient, considérer la bronchite comme constituant un véritable prodrome de la pneumonie ; c'est pour ces motifs que j'ai dû examiner à part les faits dont je parle actuellement.

Laënnec, tout en avouant (1) que quelques pneumonies se greffent sur un catarrhe aigu ou chronique, convenait dans un autre endroit de son immortel ouvrage, que la bronchite était l'affection de poitrine qui admettait le plus difficilement cette complication. M. le professeur Andral a jugé qu'il y avait un peu d'exagération dans cette assertion de Laënnec, car il a vu lui-même tous les hivers un certain nombre d'individus atteints de pneumonie, après avoir eu, pendant plusieurs jours, une simple bronchite (2). M. Chomel a aussi constaté le même fait. Cependant aucun de ces auteurs n'ayant essayé de déterminer la proportion des pneumonies qui succèdent à une bronchite aiguë ou chronique, il était impossible de savoir si dans les faits qu'ils avaient rapportés, il n'y avait eu qu'une simple coïncidence ou bien un rapport plus direct de cause à effet. Voulant me former une opinion précise sur une question dont la solution me paraissait importante, j'ai interrogé les malades avec le plus grand soin sur l'état des fonctions respiratoires, avant le développement de la pneumonie. Or, sur 201 individus qui ont pu

(1) *Auscul. méd.* t. I[er], 4[e] édit. p. 132 et 588.

(2) *Notes à Laënnec*, même vol., p. 589.

me fournir, sur leurs antécédens, des renseignemens positifs, j'en ai trouvé 76 qui toussaient depuis un temps plus ou moins long; 23 avaient un catarrhe bronchique depuis plusieurs années, et il est impossible d'affirmer qu'il ait eu quelque influence sur la production de la pneumonie. Chez les 53 malades qui restent, l'affection catarrhale des bronches était récente, c'est-à-dire qu'elle remontait tout au plus à trois semaines ou un mois lorsque des symptômes d'inflammation des poumons se déclarèrent. La proportion des pneumonies qui sont précédées de bronchites m'a paru être un peu plus grande chez l'homme que chez la femme; j'ai trouvé également que chez les adultes ce nombre était en général d'autant plus considérable que les individus étaient plus avancés en âge. C'est ainsi que chez presque tous les sujets compris entre 50 et 70 ans, la pneumonie ne s'est développée que consécutivement à une bronchite aiguë ou chronique. Les mois de juillet, d'août, de septembre et d'octobre ont été les seuls pendant lesquels je n'ai pas vu la bronchite précéder l'inflammation du poumon; dans tous les autres mois la proportion est restée à peu près la même pour chacun d'eux. Ces résultats n'ont pas beaucoup varié pour chacune des années 1836, 37 et 40. Il résulte donc des faits qui précèdent, que chez l'adulte on voit, chez le quart environ des malades, la pneumonie survenir consécutivement dans le cours d'un catarrhe pulmonaire aigu. M. le docteur Briquet, dans le travail que je me plais à citer souvent, dit avoir trouvé exactement la même proportion (1). Le nombre des pneumonies précédées de bronchite est donc assez considérable pour nous autoriser à penser qu'il n'y a pas seulement entre les deux maladies un simple rapport de coïncidence. Mais faut-il admettre que dans ces cas la pneumonie n'est survenue que par l'extension de la phlegmasie de la muqueuse bronchique, au parenchyme pulmonaire? Il est vrai que chez cinq malades la bronchite s'accompagna de perte d'appétit et des forces, et d'un mouvement fébrile notable; elle fut en un mot assez intense pour qu'on puisse, peut-être, avec quelque apparence de raison, attribuer l'inflammation pulmonaire à l'extension de celle qui occupait déjà la muqueuse des bronches. Mais si on réfléchit que chez les

(1) *Arch.*, 3e série, t. VII, p. 492.

quarante-huit malades qui restent la bronchite était très légère, qu'elle ne s'accompagnait d'aucun trouble appréciable vers les fonctions, que la pneumonie s'est déclarée brusquement, sans que la bronchite ait paru augmenter d'intensité, il sera alors fort douteux que chez ces malades l'inflammation du poumon soit survenue par suite de l'extension de la phlegmasie qui occupait primitivement les bronches. Je crois donc que le catarrhe pulmonaire ne doit point être considéré comme une cause occasionnelle ou active de pneumonie; mais il constitue plutôt une sorte de prédisposition; il dénote un état de l'organisme à être plus facilement influencé par les causes ordinaires des inflammations pulmonaires. Dans tous les cas, les faits précédens nous avertissent de ne jamais négliger une bronchite, quelque bénigne qu'elle soit, attendu qu'elle n'est souvent que le prélude d'une pneumonie qui se prépare. Chez les 4|5 des malades dont la pneumonie fut ainsi consécutive au catarrhe pulmonaire, la maladie survint sans le concours d'aucune cause occasionnelle appréciable. Dans le cinquième des cas, au contraire, l'inflammation du parenchyme pulmonaire se déclara brusquement à la suite de l'impression du froid.

Chez les enfans, la pneumonie est plus fréquemment que chez l'adulte précédée d'une bronchite plus ou moins intense; ainsi Delaberge (1) avait émis l'opinion que la pneumonie lobulaire des enfans avait toujours son point de départ dans l'inflammation de la terminaison vésiculaire des bronches. MM. Rilliet et Barthez (2), tout en reconnaissant que toutes les variétés de pneumonie dont les enfans sont affectés sont précédées pendant un certain temps par de la toux et différentes altérations du bruit respiratoire, qui sont regardées comme propres à la bronchite, ont néanmoins reconnu que fréquemment il n'y avait aucun rapport, soit de gravité, soit d'étendue, entre le catarrhe qui précède et la pneumonie qui suit. L'affection des bronches est également regardée par ces auteurs, plutôt comme une cause prédisposante de la phlegmasie du poumon que comme une cause occasionnelle active, produisant l'inflammation du parenchyme par continuité de tissu. Enfin MM. Hourmann et

(1) *Journ. hebdom.*, 1834, t. II, p. 421.

(2) *Loc. cit.*, p. 85.

Dechambre ont aussi regardé la bronchite chronique comme un état de bronchorrhée habituelle, constituant chez les vieillards la prédisposition la plus active à la pneumonie (1). Mais comme ces auteurs n'ont donné aucune preuve, aucun relevé statistique pour confirmer leur assertion, comme il n'est pas probable qu'ils aient comparé la fréquence relative de la pneumonie, chez les vieillards atteints de bronchorrhée, et chez ceux dont les bronches n'étaient le siége d'aucune sécrétion morbide, il est impossible d'avoir encore à ce sujet aucune opinion positive.

---

# CHAPITRE III.

## PRODROMES DE LA PNEUMONIE.

### § I[er]. — *Prodromes des pneumonies primitives.*

La pneumonie débute tantôt tout-à-coup, surprenant l'individu au milieu de la santé la plus parfaite. D'autres fois au contraire elle est précédée pendant un temps plus ou moins long par divers troubles fonctionnels qui constituent alors les prodromes de la maladie. J'ai recherché avec le plus grand soin, chez la plupart de mes malades, si l'inflammation pulmonaire avait été précédée de quelque phénomène précurseur. J'y suis aisément parvenu en les interrogeant en particulier sur chacune de leurs fonctions dans les jours qui avaient précédé l'invasion des symptômes caractéristiques ou du moins des symptômes qui avaient été assez intenses ou assez graves pour fixer leur attention. C'est ainsi que je leur ai demandé des détails sur leurs sensations intérieures, sur les douleurs qu'ils avaient pu éprouver, sur l'appétit, la soif, la facilité des digestions, sur l'état des forces, etc. La plupart des malades en effet, interrogés sur l'époque où leur affection a commencé, ont assigné généralement comme en étant le début, l'instant où

(1) *Archives*, 3e série, t. XII, p. 28.

une douleur vive s'était fait sentir au côté, ou bien le moment où la fièvre s'était allumée, le moment encore où ils avaient cessé de pouvoir travailler; négligeant tout-à-fait de parler des petits malaises qui avaient précédé et préparé le développement des symptômes principaux. C'est parce que les médecins se contentent des premières réponses des malades, qu'ils ont négligé généralement, surtout dans l'histoire de la pneumonie, l'étude des phénomènes prodromiques. Cependant cette connaissance est importante pour l'étiologie et le pronostic; elle est indispensable surtout pour fixer exactement la durée de la maladie. En procédant comme je l'ai indiqué plus haut, je me suis convaincu que de seize à soixante-dix ans on observe des symptômes précurseurs chez près du quart des individus qui sont affectés de pneumonie. Je les ai en effet constatés chez 50 des 205 individus que j'ai interrogés sous ce rapport. La proportion est restée à peu près la même pour chacune des années 1836, 37 et 40. C'est de 50 à 60 ans et de 30 à 40 que j'ai rencontré le plus grand nombre de pneumonies ayant offert des phénomènes prodromiques. Ceux-ci ont consisté chez 28 malades en un malaise général avec ou sans perte de l'appétit, des forces, paresse, torpeur, lombago, sensibilité très grande au froid extérieur; chez deux malades, mouvemens fébriles irréguliers; ces accidens n'avaient jamais empêché les individus de se livrer à leurs occupations. Dans quelques cas j'observai pendant 4 jours un mouvement fébrile intense, sans que j'aie pu découvrir du côté d'aucun organe, et surtout du côté des poumons, aucune lésion capable de l'expliquer. Ce ne fut qu'à la fin de plusieurs jours qu'un point de côté survint; la toux succéda bientôt; enfin je constatai une pneumonie, parfaitement caractérisée par les crachats et par les phénomènes stéthoscopiques. M. Andral (1) a observé plusieurs cas semblables; il n'y a alors, dit ce savant professeur, aucun travail inflammatoire local bien dessiné, mais partout il y a tendance à sa production, et pour peu que cet état se prolonge, on verra naître diverses phlegmasies suivant les prédispositions individuelles et la susceptibilité variable des organes. M. Briquet a eu occasion d'observer des faits analogues. Ainsi, il

(1) *Clin.* t. III, p. 476, 4e série.

est vrai de dire que dans quelques cas fort rares, la fièvre précède la phlegmasie locale, et celle-ci ne semble alors en être que la conséquence. M. Bouillaud (1) traite cette opinion de *surannée* sans se donner la peine de la discuter. Il croit que la fièvre est toujours secondaire ou symptomatique d'une inflammation. Mais aujourd'hui quelques faits recueillis par des observateurs dignes de toute notre confiance, prouvent que dans un certain nombre de cas on ne peut rattacher le mouvement fébrile à aucune altération locale; et il est irrationnel, dans une science qui ne doit reposer que sur des faits bien constatés, d'admettre comme réelles des lésions que nos moyens d'exploration ne nous permettent pas de découvrir. D'ailleurs, à *priori* on pourrait supposer qu'il en est pour les poumons comme pour la peau. Il n'est pas très rare en effet de voir des individus présenter pendant quelque temps une fièvre intense, et qu'on ne peut rattacher à aucune phlegmasie locale; puis, après une durée de un ou plusieurs jours, on voit survenir un érysipèle à la face ou ailleurs. Comment dans ces cas M. Bouillaud explique-t-il la fièvre? supposera-t-il encore ici qu'un médecin n'a *pas su apercevoir* la phlegmasie de la peau? Ainsi donc chez les malades dont je viens de parler, le malaise et la fièvre ne pouvaient se rattacher à la souffrance d'aucun viscère; chez eux il n'existait alors vers les organes respiratoires aucune affection aiguë appréciable qui pût expliquer ces phénomènes morbides, et il était impossible, en constatant l'existence du mouvement fébrile, de déterminer l'organe qui allait être affecté.

Parmi les individus qui ont présenté des prodromes, dix-neuf étaient affectés d'une bronchite légère qui pouvait à la rigueur expliquer les petits malaises qu'ils ressentaient; mais bientôt l'invasion d'une pneumonie grave indiquait que la bronchite, comme les autres phénomènes morbides qui existaient avec elle, dépendaient d'un état général de l'économie qui préparait peu à peu le développement d'une affection beaucoup plus grave. Dans ces pneumonies en effet qui ont des prodromes, il est impossible de méconnaître l'influence de cette disposition intérieure dont l'essence nous échappe il est vrai, mais qui n'en préside pas moins au développement d'une foule de

(1) *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XIII, p. 575.

maladies aiguës et de la plupart des maladies chroniques. Ce qui le prouve, c'est que ces pneumonies avec prodromes se déclarent peu à peu, et dans la presque totalité des cas sans qu'on puisse saisir aucune cause déterminante appréciable. C'est ainsi que sur les cinquante malades chez lesquels j'ai observé des prodromes, quarante-quatre ne pouvaient indiquer aucune circonstance capable d'expliquer les premiers accidens; chez trois le malaise précurseur succéda manifestement à un refroidissement, chez un autre à un excès alcoolique. Enfin, deux autres individus éprouvaient, depuis trois et six jours, divers malaises, de la courbature avec perte d'appétit et des forces, lorsqu'à l'occasion d'un refroidissement ils furent pris presque immédiatement des symptômes d'une pneumonie. Il est bien probable que dans ce dernier cas l'impression du froid a fait faire explosion à une pneumonie déjà sur le point de se déclarer. La durée des prodromes a varié depuis quelques heures jusqu'à un et même deux septenaires; cependant dans les quatre cinquièmes des cas, ils ne se sont pas prolongés au-delà du cinquième jour.

Il m'est impossible de comparer la fréquence et la nature des symptômes prodromiques aux différens âges. Il m'a paru qu'au-delà de soixante-dix ans les pneumonies se déclaraient presque toujours sans présenter de phénomènes précurseurs. Toutefois mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour avoir à ce sujet une entière conviction. Les auteurs qui ont étudié la pneumonie des vieillards ont d'ailleurs un peu négligé l'histoire des prodromes. Cependant MM. Hourmann et Dechambre (1) disent avoir vu fréquemment à la Salpêtrière, les pneumonies du printemps être précédées pendant plusieurs jours, quelque fois même pendant une ou deux semaines, de céphalalgie, d'étourdissemens, d'angine, de coriza avec épistaxis, de douleurs musculaires erratiques, etc. Mais peut-être dans la plupart de ces cas il y a eu bien plutôt succession de maladies diverses que des phénomènes prodromiques à proprement parler. Pour les enfans au dessous de six ans, il serait très difficile, et le plus souvent même impossible de s'assurer de l'existence des prodromes. Mais de six à quinze, les enfans

(1) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 43.

peuvent déjà rendre assez bien compte de leurs sensations pour pouvoir constater, par leur propre témoignage et par celui de leurs parens, des phénomènes morbides qui ont précédé chez eux le développement de la pneumonie; mais de pareilles recherches n'ont pas encore été faites.

§ II. — *Prodromes des pneumonies secondaires.*

Les prodromes manquent dans la plupart des pneumonies secondaires, du moins dans les cas où l'inflammation pulmonaire survient dans le cours d'une de ces maladies aiguës ou chroniques qui s'accompagnent d'un trouble très grand dans la plupart des fonctions de l'économie. Si la maladie première est longue et tout-à-fait apyrétique, on pourra bien parfois saisir quelques phénomènes précurseurs de la pneumonie; mais il sera le plus souvent difficile de déterminer si ces nouveaux troubles qu'on observe, appartiennent à l'affection ancienne ou à une maladie qui se prépare.

# CHAPITRE IV.

## MODES D'INVASION DE LA PNEUMONIE.

§ I^er. — *Mode d'invasion des pneumonies primitives.*

La pneumonie primitive débute généralement, chez les adultes, par un frisson plus ou moins violent et d'une durée variable, bientôt suivi d'une douleur de côté plus ou moins vive, avec toux et oppression; les malades accusent en même temps un malaise général, du brisement dans les membres, de la fièvre et une céphalalgie plus ou moins intense. Étudions les principaux de ces symptômes sous le rapport de leur fréquence, de leur intensité et de leur mode de succession entre eux.

1° *Frisson.* Tous les auteurs ont indiqué le frisson comme étant un des symptômes qui marquaient le plus constamment le début des pneumonies franches. Mes observations justifient

complètement cette opinion, puisque sur 182 sujets chez lesquels j'ai recherché avec soin ce phénomène, je l'ai rencontré 145 fois, dans les douze premières heures de la maladie, et chez 110 sujets il en a indiqué le début immédiat. Cette proportion ne diffère guère de celle que M. Louis avait trouvée (1), puisque, sur 79 pneumonies dont il a recueilli l'histoire, il en a trouvé 61 qui avaient présenté un frisson plus ou moins intense, le premier jour de l'affection, et le plus souvent même ce phénomène avait marqué le début des symptômes caractéristiques de la maladie. Ainsi 110 fois sur 145, c'est-à-dire dans près des quatre cinquièmes des cas, le frisson a marqué l'invasion de la maladie; il en a été le premier phénomène. Chez les autres 35 malades, le frisson survint consécutivement à cinq autres symptômes, tels que le point de côté, l'oppression, la toux, les vomissemens et la céphalalgie. Le frisson n'a pas toujours été le même ni d'une égale durée. Ainsi, sur 103 malades chez lesquels j'ai noté son intensité, je l'ai trouvé violent chez 46, c'est-à-dire que tout le corps était agité d'un tremblement, souvent avec claquement des dents comme dans les frissons du premier stade des fièvres intermittentes; chez 37 autres malades, j'ai noté le frisson comme ayant été peu intense; enfin, chez les 20 sujets qui restent, il n'y eut que quelques frissonnemens, quelques horripilations qui, en général, se reproduisirent une ou plusieurs fois de suite dans les premiers jours de la maladie. Dans ces derniers cas les frissons étaient passagers; lorsqu'au contraire ils avaient une certaine intensité, les malades les ressentaient d'une manière plus continue; leur durée ordinaire variait de quinze minutes à trois heures. Chez 2 malades un frisson avec tremblement a été ressenti sans interruption pendant neuf heures. Généralement, après avoir tremblé pendant une demi-heure, le froid était remplacé par une sensation brûlante.

Le frisson ayant complétement manqué chez 37 malades, j'ai recherché quelles avaient été les circonstances qui en avaient empêché le développement. Or, voici ce que j'ai trouvé: le plus grand nombre des malades étaient dans la force de l'âge et près de la moitié d'entre eux (17) s'étant couchés plus ou

(1) *Fièv. typh*, 2e édit., t. II, Paris. 1841.

moins bien portans, avaient été pris des premiers symptômes de pneumonie dans le milieu de la nuit ou à leur réveil. On conçoit en effet que dans ce cas le corps échauffé et à l'abri de la température extérieure soit moins apte à ressentir le frisson fébrile. Il m'a paru également que le frisson initial manquait plus fréquemment dans les pneumonies d'automne et d'été que dans celles qui surviennent pendant l'hiver ou le printemps. MM. Hourmann et Dechambre (1) ont également observé que dans les mois de mars et avril, les pneumonies qui affectent les vieilles femmes de la Salpétrière sont plus fréquemment précédées de frisson que celles qui ont lieu dans les autres mois de l'année. Il est à peu près impossible de constater le frisson chez les très jeunes enfans; toutefois, on peut affirmer que, s'il existe, il n'est pas violent, car on ne voit presque jamais leurs membres agités de secousses et de tremblement; chez eux l'agitation, l'élévation de la chaleur et l'accélération du pouls précèdent les premiers symptômes locaux ou apparaissent avec eux (2). Cependant, après l'âge de six ans, la pneumonie débute quelquefois par un frisson appréciable; mais ce symptôme paraît exister moins fréquemment chez eux que chez les adultes ou les vieillards.

En résumé, le frisson est un symptôme important; si l'on excepte les fièvres intermittentes et la péritonite puerpérale, on trouve que la pneumonie est de toutes les maladies aiguës celle dont le début est le plus souvent marqué par un frisson plus ou moins violent. Chez l'adulte, un frisson qui survient au milieu d'un état de santé parfait peut indiquer le début imminent de plusieurs affections, telles qu'une fièvre typhoïde ou éruptive, un rhumatisme articulaire aigu, une angine, un érysipèle de la face, etc. Chez les vieillards, au contraire, moins sujets que l'adulte à ces diverses maladies, un frisson violent devra plus spécialement faire redouter le développement d'une pneumonie.

2° *Symptômes thoraciques.* La douleur, dans un des côtés de la poitrine, est un symptôme important dans l'histoire de la pneumonie; aussi il devra être étudié plus tard avec le plus grand soin. Quant à présent, il me suffit de le signaler comme étant sur

(1) *Loc. cit.*, p. 35.

(2) *Clin. des mal. des enf. nouv. nés.* Paris, 1838, p. 45.

près du cinquième des malades le premier symptôme qui marque le début de la maladie; il est suivi presque aussitôt, dans la plupart des cas, par un frisson plus ou moins violent, ou par une chaleur générale et du malaise. La douleur de côté ; quand elle a une certaine intensité, s'accompagne de dyspnée et d'oppression. Mais ces deux derniers symptômes peuvent exister seuls; leur invasion peut être brusque, et chez 5 malades je les ai vu marquer le début de la pneumonie. Enfin, une toux plus ou moins opiniâtre, le plus souvent sèche et éloignée, a été également notée dès le début des premiers accidens. Sur les huit neuvièmes des malades, ce dernier symptôme a été remarqué dans les douze premières heures de la maladie.

3° *Symptômes du côté des autres appareils.* Dans un certain nombre de cas la maladie débute par des symptômes qui masquent ceux de l'appareil respiratoire. Ainsi, sept de mes malades ont présenté, pendant un, deux, trois ou cinq jours, une fièvre intense, avec brisement général, perte d'appétit, et quelque autre symptôme qui fixait l'attention et faisait craindre le développement de toute autre affection qu'une pneumonie. Ainsi chez deux il y avait des vomissemens opiniâtres qui pouvaient faire croire à une maladie de l'estomac; un autre accusait un lumbago très intense, qui avait fait craindre l'éruption prochaine d'une variole; chez 3 on observait une céphalalgie frontale très vive, comparable à celle qu'on voit dans la plupart des fièvres typhoïdes commençantes; enfin, un vieillard qui s'était couché le soir bien portant, fut pris au milieu de la nuit, d'agitation, de fièvre et de délire ; ces symptômes persistèrent pendant trois jours; ce ne fut qu'au commencement du quatrième qu'un point de côté, de la toux et de l'oppression, fixèrent notre attention vers la poitrine, qui, percutée et auscultée avant cette époque, n'avait fourni que des résultats négatifs.

On voit donc, par ce qui précède, que dans l'immense majorité des cas la pneumonie débute par des symptômes locaux, et qui doivent fixer l'attention du côté de la poitrine. Je me suis en outre assuré par l'analyse de mes observations, que le sexe, la constitution des sujets, la saison, le siége de la maladie ne paraissaient avoir aucune influence sur le mode d'invasion des pneumonies primitives. Le début de la maladie est généralement aussi à peu près le même chez l'adulte et chez le vieil-

lard. Chez ce dernier, c'est-à-dire de soixante à soixante-quinze ans, le frisson a paru manquer un peu plus souvent que chez l'adulte; la même chose a peut-être eu lieu pour le point de côté. Cependant, les sensations étant plus obtuses à cet âge, beaucoup de vieillards tombant avec rapidité dans un état comateux, il devient souvent difficile d'apprendre par leur propre témoignage la nature des accidens qui ont marqué le début de la maladie. Voilà pourquoi, sans doute, on a regardé les pneumonies comme étant si souvent latentes chez les vieillards. Je traiterai d'ailleurs plus tard cette question importante avec tous les développements qu'elle comporte.

Chez les vieillards plus âgés qui n'ont aucune maladie du cœur ou du cerveau, MM. Hourmann et Dechambre ont reconnu (1) que dans un peu plus de la moitié des cas, le début de la pneumonie était tout à fait aigu, et ne différait pas de celui qu'on observe chez l'adulte; dans les autres, au contraire, l'invasion se fait d'une manière obscure, latente. Les malades n'ont ni frisson ni point de côté; ils n'éprouvent que du malaise, de la faiblesse, de l'accélération ou de l'irrégularité dans les mouvemens respiratoires, une toux rare, saccadée, et de la chaleur à la peau. Il est des cas même où celle-ci conserve presque sa température normale. Il n'y a aucun symptôme local qui indique un trouble quelconque du côté des organes respiratoires. Tout ce qu'on observe alors, c'est un malaise général et de la faiblesse. Cependant ces phénomènes, quand ils existent chez des personnes âgées, doivent toujours suffire pour éveiller toute la sollicitude du médecin, et l'engager à explorer avec le plus grand soin les organes thoraciques; car il ne faut jamais oublier que de toutes les maladies un peu graves qui affectent la vieillesse, la pneumonie est la plus fréquente et l'une de celles aussi qui excitent le moins de phénomènes sympathiques ou de symptômes locaux, comme on pourra encore s'en convaincre dans plusieurs autres parties de cet ouvrage.

Chez les jeunes enfans, et en particulier chez ceux qui sont encore à la mamelle, la fièvre, l'agitation, et surtout l'accélération des mouvemens respiratoires sont les seuls symptômes saisissables qui marquent généralement le début des maladies dont ils sont affectés. A mesure que les enfans s'éloignent da-

(1) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 35.

vantage de la naissance, on voit la pneumonie dont ils sont atteints ressembler de plus en plus par son mode d'invasion à celle des adultes.

### § II. — *Modes d'invasion des Pneumonies consécutives.*

Lorsque la pneumonie survient comme complication dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique grave, et dans une période déjà avancée de celle-ci, les symptômes qui en marquent l'invasion éprouvent certaines modifications qu'il est important d'étudier. Le frisson qui marque, comme je l'ai dit, le début de la plupart des pneumonies primitives, manque, au contraire, dans l'immense majorité des cas de pneumonies secondaires, puisque en effet ce symptôme n'a été observé que neuf fois sur 38 malades ; et même, chez la plupart, le frisson eut peu de durée et d'intensité, quelquefois même il fut passager et à peine perceptible.

Le point de côté est un symptôme qui manque tout aussi fréquemment au début, puisque sur le même nombre d'individus atteints pour la plupart de maladies organiques fort diverses (les tubercules pulmonaires exceptés), six seulement ont ressenti comme premier symptôme une douleur dans un des côtés de la poitrine. Par contre, dans les pneumonies qui affectent les phthisiques, le point de côté est un phénomène qui marque presque constamment le début de la maladie, puisque sur 10 sujets tuberculeux qui ont éprouvé des pneumonies intercurrentes, 9 accusèrent un point de côté assez violent. M. Louis (1) a également remarqué que, lorsque la pneumonie chez les phthisiques occupait une certaine étendue, les malades éprouvaient dans la plupart des cas (les cinq huitièmes) trois, quatre, cinq jours avant la mort, des douleurs dans un des côtés du thorax. La dyspnée, une oppression parfois extrême, portée au point de constituer une véritable orthopnée est un phénomène important, puisque dans la moitié des cas que j'analyse ce fut le seul symptôme local qui marquât le début de la pneumonie. Si la dyspnée et l'oppression se déclarent chez des malades qui, antérieurement, ne souffraient pas des organes respiratoires ou

(1) *Rech. sur la phth.*, p. 241.

circulatoires, comme ces symptômes surviennent en général brusquement et qu'ils s'accompagnent d'une réaction fébrile plus ou moins forte, ils éveillent de suite l'attention du médecin. Mais il n'en est plus de même chez les individus qui sont affectés depuis longtemps de quelque maladie organique des viscères thoraciques et du cœur en particulier ; chez eux, en effet, il y a une oppression habituelle plus ou moins forte, et il arrive très-souvent qu'on attribue à la maladie primitive une augmentation dans la dyspnée, tandis que celle-ci reconnaît pour cause quelque complication inflammatoire du côté des poumons.

Cependant, il paraît que dans quelques cas fort rares, surtout chez les vieillards, la toux et la dyspnée qui existaient antérieurement à la pneumonie comme symptôme d'un asthme ou d'un catarrhe ancien, peuvent diminuer ou même cesser au moment où la pneumonie se déclare. MM. Hourmann et Dechambre disent avoir observé des faits de ce genre à l'hospice de la Salpétrière. Ce cas, quelque rare et exceptionnel qu'il soit, doit nous faire sentir encore plus la nécessité de ne jamais négliger l'exploration de la poitrine chez les vieillards, quelles que soient la nature et la forme des phénomènes morbides qu'on observe chez eux.

Une dyspnée forte, une accélération considérable des mouvemens respiratoires, est souvent encore le seul symptôme qui indique, dans le cas de morve ou de résorption purulente, que les poumons commencent à se phlogoser. M. le professeur Andral (1) a noté également que dans les fièvres graves la pneumonie marque souvent son début par une forte dyspnée. J'ai moi-même observé plusieurs faits qui confirment cette opinion ; toutefois, il m'a semblé que dans la majorité des cas de fièvres typhoïdes compliquées de pneumonie, celle-ci survient sans produire de dyspnée, ou du moins sans augmenter celle qui existait auparavant. M. Louis (2) me paraît avoir fait la même remarque, puisque, sans parler de dyspnée ou d'oppression, il signale le râle crépitant comme ayant été chez les malades le seul signe qui eût indiqué le début d'une pneumonie intercurrente ; remarque importante, qui doit engager le médecin à pratiquer

(1) *Clinique méd.*, t. Ier, p. 516.

(2) *Fièv. typhoïde*, t. II, p. 154, 2e édit. Paris, 1841.

tous les jours l'auscultation et la percussion dans les maladies dont il s'agit.

Chez quatre individus tous atteints de maladie organique arrivée à une période très avancée, le début de la pneumonie qui accéléra le terme fatal fut marqué par une prostration subite, par une décomposition des traits et un amaigrissement rapides. Ces phénomènes furent surtout observés sur une femme de 53 ans, qui était affectée d'un cancer de l'utérus ulcéré. Cette malheureuse éprouvait des douleurs atroces qu'on pouvait à peine calmer ; quoique arrivée à une période avancée de la maladie, tout faisait présumer cependant qu'elle prolongerait encore de quelques semaines sa pénible existence, lorsqu'un matin en approchant de son lit je fus effrayé par la décomposition de ses traits, par l'amaigrissement vraiment extraordinaire qui était survenu depuis la veille. Il n'y avait ni douleur de côté, ni dyspnée, et même les souffrances atroces qu'elle endurait depuis plusieurs mois avaient complétement cessé ; l'intelligence était intacte, le pouls était un peu plus accéléré que la veille; vingt-huit heures après, la malade avait cessé de vivre, et l'autopsie fit découvrir une hépatisation inférieure du poumon gauche. Il est à peu près certain que chez cette femme la pneumonie ne datait guère que de quelques heures, car ayant vu la malade la veille à la visite du soir, elle ne présentait rien d'insolite sur le facies; elle n'avait pas de fièvre et avait dîné comme d'habitude.

Des phénomènes analogues se remarquent parfois au début des pneumonies qui affectent les démens paralytiques. Ainsi M. Thore m'a dit avoir vu fréquemment à Bicêtre, des aliénés en démence, qui à la visite du matin ne présentaient aucun symptôme nouveau indiquant l'invasion prochaine d'une maladie incidente; cependant quelques heures après on trouvait ces malheureux avec une dyspnée extrême et dans un grand état de prostration ; accidens qui marquaient souvent le début d'une pneumonie. Chez les maniaques il n'est pas rare de voir l'agitation diminuer, le délire cesser même tout à fait, et ces phénomènes joints à l'appareil fébrile et à une prostration en général assez grande, sont souvent les seuls symptômes qui marquent l'invasion de la pneumonie. Il importe d'être averti de ce début insidieux des inflammations pulmonaires, car dès que le méde-

cin constatera un état insolite quelconque, il devra toujours en rechercher la cause et ne négligera jamais l'examen des organes thoraciques ; puisque, comme on l'a vu précédemment, l'inflammation des poumons est une des maladies incidentes les plus fréquentes chez les aliénés, et l'une de celles aussi dont l'invasion est la plus obscure.

# CHAPITRE V.

## DES SYMPTOMES DE LA PNEUMONIE AIGUE.

La pneumonie une fois déclarée se traduit par un ensemble de symptômes que je vais exposer très sommairement. Le malade accuse une douleur dans un des côtés de la poitrine dont l'intensité et l'étendue varient beaucoup ; en même temps, la respiration s'accélère, il y a de la dyspnée, le malade tousse et rejette une certaine quantité de crachats visqueux aérés, demi-transparens, colorés en rouge, en jaune, en vert ou noirâtres ; la percussion de la poitrine donne un son obscur, puis complétement mat au niveau des parties affectées, et l'auscultation y fait percevoir successivement un bruit respiratoire plus faible, puis une crépitation fine et sèche, et plus tard un souffle tubaire avec un retentissement bronchophonique de la voix. A côté de ces phénomènes locaux on observe différens symptômes généraux et sympathiques du côté des principales fonctions ; ainsi le pouls s'accélère, la chaleur de la peau augmente, il y a une fièvre intense et continue, l'inappétence est complète, la soif est vive, l'urine est rouge, la tête douloureuse, la face plus ou moins injectée; les forces sont abattues, le malade garde le lit, et affecte différentes positions subordonnées le plus souvent à l'intensité et au siége de la douleur pleurétique.

Ces symptômes et plusieurs autres encore se combinent entre eux de diverses manières ; ils présentent de nombreuses différences suivant les individus, suivant les âges et chez le même sujet d'après la période à laquelle la maladie est parvenue,

et aussi suivant que la pneumonie est primitive ou secondaire, etc. Il importe beaucoup, pour établir le diagnostic et le pronostic, de connaître toutes ces nuances et de savoir les apprécier. Je vais donc examiner en détail et successivement chacun des symptômes de la pneumonie que je diviserai en deux groupes. Dans le premier je placerai tous les symptômes fournis par l'appareil respiratoire; dans le deuxième seront compris tous les phénomènes généraux sympathiques, tels que la fièvre, les troubles du côté des organes digestifs, de l'appareil de l'innervation, etc.

## ARTICLE PREMIER.

### Symptômes fournis dans les *pneumonies* primitives par l'appareil respiratoire.

#### § I. *Douleur de côté.*

Une douleur plus ou moins vive siégeant dans un des côtés de la poitrine est un symptôme qui accompagne presque constamment la pneumonie. Il résulte, en effet, de mes observations que sur 301 malades affectés d'inflammation du poumon, la douleur de côté n'a manqué que chez 29, ou chez un dixième environ. On se rappelle que précédemment j'ai signalé ce symptôme comme marquant le début des pneumonies chez presque un cinquième des malades; mais dans les cas où il ne survient que consécutivement à d'autres phénomènes morbides, il apparaît encore à une époque très voisine du début. Ayant en effet déterminé avec précision sur 182 malades l'époque à laquelle le point de côté s'était déclaré, j'ai trouvé que chez 161 il était survenu dans les douze premières heures de la maladie. Quant aux 21 malades qui restent, il y en a eu 17 qui ont ressenti le point de côté avant la fin du premier jour, tandis que chez quatre seulement ce symptôme n'apparut que du deuxième au quatrième jour, et fut précédé dans la moitié des cas par un frisson presque aussi intense que celui qui avait marqué le début de la maladie. Je n'ai pu expliquer par aucune circonstance extérieure ou appartenant à la maladie elle-même, pourquoi la douleur de côté est survenue à des époques aussi variables. Les faits que j'ai recueillis n'ont point confirmé

d'ailleurs l'opinion émise par Grimaud (1), savoir que dans les pneumonies franchement inflammatoires, ce n'est que deux ou trois heures après l'invasion du frisson que le point de côté commence à se faire sentir, tandis que dans les pneumonies catarrhales la douleur se déclare simultanément avec le frisson. Cela tiendrait-il à ce que dans un cas la phlegmasie envahissant les parties profondes, n'affecte la plèvre que consécutivement, tandis que dans l'autre l'inflammation commençant par la superficie de l'organe, la plèvre serait envahie de prime abord; c'est une question qui me paraît à peu près insoluble dans l'état actuel de nos connaissances.

La douleur dont un des côtés de la poitrine est le siége dans les pneumonies n'occupe pas toujours la même place; le point où elle se fait sentir varie non-seulement suivant les divers individus, mais chez le même malade on la voit quelquefois occuper successivement diverses régions dans un court espace de temps.

Ainsi sur 175 malades la douleur de côté siége :

| | |
|---|---|
| Au mamelon. | 89 fois. |
| A la base de la poitrine et au niveau de la 7e ou 6e côte en procédant de bas en haut | 39 |
| Latéralement à l'extrémité d'une ligne perpendiculaire au mamelon, mais à 10 ou 12 centimètres de cette éminence. | 13 |
| Sur toute la face antérieure et latérale. | 10 |
| En dedans du mamelon et plus ou moins près du bord correspondant du sternum. | 6 |
| A la partie postérieure et spécialement dans la fosse sous-épineuse. | 5 |
| Dans le fond de l'aisselle. | 2 |
| Dans la région sus-mammaire. | 2 |
| Dans l'un des hypochondres. | 4 |
| Dans le flanc. | 1 |
| Dans les lombes. | 1 |
| Dans la fosse sus-épineuse. | 1 |

Il suit de cet exposé que dans les quatre septièmes des cas la douleur se fait sentir au niveau ou au voisinage du mamelon. Mais quelle que soit la région que la douleur occupe, on la voit

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 33.

sur plus d'un tiers des malades se propager plus ou moins loin. C'est ainsi que celle qui siége à la région mammaire s'irradie tantôt vers la partie supérieure du thorax, tantôt vers la base, rarement à la face postérieure. La douleur au contraire qui occupe la base de la poitrine, se propage dans le dos, sur une surface plus ou moins étendue.

J'ai recherché s'il y avait quelque rapport entre le siége de la douleur et le point du poumon que la phlegmasie occupait. Or, voici ce que j'ai observé à cet égard. Sur presque un cinquième de mes malades, la douleur correspondait exactement à la partie du poumon, frappée d'inflammation, comme il était facile de s'en convaincre, à l'aide de l'auscultation et de la percussion. Chez un septième la douleur occupait un point du thorax assez rapproché de celui de la pneumonie. Enfin chez tous les autres malades la portion du poumon phlogosée était très éloignée du point où les malades ressentaient la douleur. Je n'ai vu aucun cas dans lequel la douleur occupât le côté de la poitrine opposé à la pneumonie. Cependant des auteurs recommandables ont rapporté des faits semblables; mais il est à craindre que ces médecins n'aient été trompés, car il existe plusieurs causes d'erreurs. Ainsi j'ai soigné il y a un an un homme âgé de 65 ans, pour une pneumonie gauche. Cet individu n'accusait aucune douleur dans le côté correspondant du thorax, tandis que la région mammaire droite était le siége d'élancemens, qui s'irradiaient vers les faces latérale et postérieure. Cependant la mobilité de la douleur, ses irrégularités, l'existence chez cet individu, d'autres douleurs rhumatismales, affectant les articulations, devaient porter à regarder la souffrance dont le côté droit de la poitrine était le siége, plutôt comme l'effet de la diathèse rhumatismale, que comme dépendant de la pleuro-pneumonie qui affectait le côté opposé. Les médecins ont pu également être induits en erreur parce qu'ils auront dans quelques cas méconnu l'existence d'une pneumonie double, dans laquelle il n'y a généralement qu'un seul point de côté, qui quelquefois siége du côté où l'altération est la moins grave et la plus circonscrite. J'ai failli moi-même tomber, il y a quelques années, dans l'erreur que je signale ici. Un homme de 47 ans entra le 11 février 1837 à la clinique de l'Hôtel-Dieu, accusant 15 jours de simple malaise

et 8 jours de maladie déclarée. Depuis une semaine il éprouvait de la fièvre, une vive douleur vers le mamelon *gauche*, et rejetait des crachats rouillés. Lorsque je l'examinai à son entrée, je constatai facilement une pneumonie arrivée au second degré, qui occupait la moitié supérieure de la fosse scapulaire *droite*. Dans une première exploration je ne découvris d'abord rien de morbide à gauche, et je commençais à penser que la douleur pleurétique que le malade éprouvait de ce côté, était sympathique de la phlegmasie du poumon droit. Mais avant d'admettre comme réelle une pareille anomalie, je procédai à une nouvelle exploration, je fis tousser fortement le malade, ce que j'avais négligé de faire la première fois, et je constatai aussitôt à la partie moyenne de la fosse scapulaire gauche une crépitation assez nombreuse, sèche, à bulles ou peu grosses et caractéristique d'une pneumonie qui céda au bout de 4 jours, ainsi que le point de côté, tandis que l'inflammation du poumon droit, qui était probablement consécutive à celle du côté gauche, ne se termina favorablement que 10 jours après. Dans ce fait remarquable, on doit rapporter la douleur du côté gauche à l'inflammation qui paraissait avoir envahi primitivement le poumon correspondant, et si la pneumonie droite, qui a été la plus étendue, ne s'est point accompagnée de douleur locale, cela tient sans doute à cette circonstance que je développerai plus tard, savoir que dans la pneumonie double il n'y a en général qu'un seul point de côté, et que la douleur siége dans le côté du thorax, qui a été le premier envahi.

La douleur n'avait pas la même intensité chez tous les sujets; elle variait suivant les individus et suivant l'époque à laquelle la maladie était parvenue. Ainsi au début de la pneumonie, la douleur était vive, lancinante et pongitive chez plus de la moitié des malades (32 fois sur 59); elle s'accompagnait alors d'une anxiété et d'un sentiment d'oppression plus ou moins considérable. Chez 24 elle était d'une intensité médiocre, elle était contusive et semblait siéger plus profondément; enfin chez 3 malades, elle était tellement légère, qu'elle fixait à peine leur attention. Mais quelque faible que soit la douleur qui accompagne la pneumonie, on la voit s'exaspérer constamment, lorsque les malades toussent ou font une profonde inspiration. Si la douleur est très vive, les malades s'efforcent de dilater leur poi-

trine le moins complétement possible et d'imprimer aux côtés les mouvemens les plus bornés ; dans les cas où une toux involontaire survient, ils tâchent également de la comprimer ; ils font en sorte qu'elle retentisse le moins possible vers le point douloureux. Leur figure exprime alors la souffrance et l'anxiété. En général les malades n'accusent, indépendamment de la douleur, aucune autre sensation dans le côté du thorax. Sur 30 malades que j'ai interrogés à ce sujet, un seul se plaignait de ressentir dans tout le côté malade une sensation de chaleur assez incommode et qu'il rapportait profondément.

Quels que soit l'étendue et le siége de la douleur, dans un grand nombre de cas on la voit s'exaspérer par la pression exercée sur les parois thoraciques. Sur 70 malades, j'en ai trouvé 39 chez lesquels une pression, même légère, augmentait les douleurs, souvent à un point tel, que les malades poussaient des cris et faisaient effort pour fuir la main; enfin elle était surtout douloureuse, lorsqu'on l'exerçait dans les espaces intercostaux ; elle était également pénible lorsqu'on pressait sur une côte, mais ordinairement à un degré un peu moins considérable, et souvent pour l'exciter il fallait déprimer l'os du côté de la poitrine. Chez 31 la pression n'augmentait ni ne diminuait les souffrances.

Chez trois malades j'ai constaté l'existence simultanée de deux douleurs; l'une permanente, plus vive, siégeait soit au mamelon, soit à la base de la poitrine en avant; l'autre n'était ressentie que pendant les secousses de la toux et existait à la partie supérieure externe de la fosse scapulaire ou vers l'angle inférieur de l'omoplate au niveau de la partie du poumon qui était frappée de phlegmasie; celle-ci était toujours exaspérée par la pression; la première, au contraire, ne l'était pas. Ce n'est que dans des cas assez rares qu'on voit la douleur de côté augmenter par les mouvemens du tronc, ou par ceux imprimés au membre supérieur correspondant ; je ne l'ai observée que chez onze malades. La douleur ne présente aucune différence bien remarquable, et surtout constante dans les différentes formes que la pneumonie peut revêtir. Par conséquent, on ne saurait adopter comme exacte, l'opinion de Grimaud (1), que dans la pneumonie inflammatoire

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 55.

la douleur est plus fixe, plus circonscrite et poignante ; qu'elle est au contraire vague, diffuse et plus étendue dans la forme catarrhale de la maladie ; enfin que dans celle qui se complique d'une affection des premières voies, la douleur est aussi plus étendue, qu'elle est située plus inférieurement, et qu'elle s'accompagne de malaise à l'épigastre, dans les lombes ou les hypochondres.

La douleur de côté m'a paru être à peu près la même sous le rapport de la fréquence et de l'intensité, chez l'adulte et chez le vieillard. Toutefois chez ce dernier, c'est-à-dire au-dessus de soixante ans, j'ai trouvé que le point de côté avait manqué un peu plus souvent que dans la longue période comprise entre 16 et 60. Quant à l'intensité de la douleur, j'ai trouvé chez les vieillards les mêmes variations que chez l'adulte, et en proportion à peu près égale. Cependant MM. Hourmann et Dechambre (1), qui d'ailleurs ont observé sur des individus beaucoup plus âgés, ont prétendu qu'à la Salpétrière on n'observait dans la majorité des cas qu'un endolorissement vague, soit dans tout le côté du thorax affecté, soit dans toute la poitrine, et spécialement à la partie antérieure.

Chez les jeunes enfans, il est impossible de s'assurer par leur propre témoignage, s'ils éprouvent quelque douleur thoracique; cependant on pourrait peut-être y parvenir en palpant avec soin les différentes régions de la poitrine et en suivant pour cette exploration les conseils que M. Valleix a donnés, lorsqu'on veut constater chez les nouveau-nés l'existence des douleurs abdominales.

Chez les enfans de 6 à 15 ans la douleur de côté, quoique fréquente, paraît cependant l'être un peu moins que chez l'adulte et le vieillard. D'après MM. Rilliet et Barthez, elle persisterait aussi moins longtemps ; elle cesserait communément au bout de 1 à 3 jours; elle serait aussi beaucoup moins vive. Cette dernière circonstance explique peut-être pourquoi chez les enfans qui expriment difficilement leurs sensations, la douleur de côté a paru manquer plus fréquemment, et cesser beaucoup plus tôt que chez les adultes et les vieillards. D'ailleurs, ce qui explique pourquoi la douleur de côté doit être plus rare chez les enfans à la mamelle, et même chez ceux compris entre 2 et

(1) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 40.

5 ans, c'est que chez eux la pneumonie se complique de pleurésie, beaucoup moins fréquemment que chez l'adulte. C'est en effet à une pleurésie concomitante et limitée le plus souvent à la portion du poumon phlogosé, qu'il faut rapporter cette douleur vive, lancinante, poignante, qu'on observe dans la première période des pneumonies. Cependant doit-on admettre que la pneumonie simple et dégagée de toute complication ne détermine dans le côté malade, qu'une sensation de gêne et de malaise, qu'une sorte de poids plus ou moins pénible, une châleur incommode et profonde, plutôt qu'une véritable douleur? Cette opinion a été émise par une grande autorité (1). Cependant quelques faits que j'ai recueillis m'empêchent de l'adopter d'une manière tout à fait exclusive; je crois en effet que l'inflammation exactement limitée au tissu pulmonaire, peut exciter une douleur vive, lancinante, ayant le caractère des douleurs que j'ai précédemment décrites. Ainsi j'ai vu des malades chez lesquels après un frisson plus ou moins intense, étaient survenus une violente douleur dans le côté de la poitrine et des crachats caractéristiques : cependant l'auscultation et la percussion n'indiquaient nulle part de pneumonie; partout le son était normal, partout aussi le bruit respiratoire avait sa force et son moelleux. Il fallait ici reconnaître une pneumonie centrale, qui finissait constamment au bout de quelques jours, par atteindre la surface, et se révélait alors par les phénomènes stéthoscopiques. Dans ce cas, il est vrai, on peut objecter qu'il pouvait y avoir une pleurésie concomitante, profondément placée; on peut supposer que l'inflammation avait envahi alors la plèvre médiastine ou interlobaire. Mais j'ai eu occasion d'ouvrir le cadavre d'un individu qui avait succombé à une pneumonie intercurrente; et bien que celle-ci se fût dévoilée pendant la vie par un violent point de côté, cependant je ne pus découvrir à l'autopsie aucun vestige de pleurésie. Il n'y avait nulle part ni épanchement, ni fausse membrane, ni rougeur; la séreuse avait son poli et sa consistance aussi bien sur la surface viscérale que sur les parois de la poitrine. Ce fait prouve donc que le poumon enflammé peut exciter, indépendamment de toute phlegmasie de la plèvre, une douleur vive; toutefois cela est infi-

(1) *Clin. méd.* d'Andral, t. III, p. 480.

niment rare, et dans l'immense majorité des cas c'est à une inflammation concomitante de la plèvre qu'il faut rapporter le point de côté que les malades accusent. L'absence de toute douleur ne doit pas d'ailleurs faire supposer que la plèvre est intacte, puisqu'en effet une pleurésie, plus ou moins étendue, existait à peu près indistinctement chez tous les sujets qui succombèrent et chez lesquels la douleur de côté avait manqué complétement.. En outre, l'ouverture des cadavres ne montre aucun rapport entre l'intensité ou le siége de la douleur avec l'étendue de la phlegmasie des plèvres.

On a essayé depuis long-temps d'expliquer pourquoi la douleur se faisait plus spécialement sentir au niveau du mamelon ou à son voisinage. Beaucoup de médecins l'ont attribuée au frottement plus grand, plus étendu que la plèvre éprouvait dans ce point, parce qu'ils supposaient que c'était à ce niveau que les côtes avaient leur plus grande mobilité. Mais les expériences de M. Magendie ont démontré combien cette dernière opinion était erronée. On ne peut expliquer pourquoi la souffrance de la plèvre se fait le plus souvent sentir au mamelon, que par un rapport sympathique tout à fait inconnu, et qui est peut-être plus inexplicable encore lorsque la douleur existe dans les flancs, dans la région lombaire, etc.

La douleur de poitrine est un des symptômes qui s'amende le plus vite dans la pneumonie. Toutefois nous n'en connaissons que très imparfaitement la marche naturelle. Il faudrait en effet, pour la déterminer exactement, que nous possédassions un grand nombre d'histoires de pneumonies à divers degrés d'intensité, et contre lesquelles on n'aurait employé aucune médication active. Or, ces faits nous manquent; toutefois nous verrons plus tard en parlant du traitement que chez dix malades légèrement atteints, et dont on abandonna la guérison presque aux seules forces de la nature, je vis la douleur de côté diminuer spontanément d'intensité, dès le quatrième ou cinquième jour de la maladie ; mais elle ne cessa jamais avant la fin du premier septenaire, et dura au moins quinze jours.

Si à défaut de pneumonies abandonnées aux seules forces de la nature, nous étudions la douleur de côté chez les malades, pendant l'époque où ils n'ont encore employé aucun traitement, on voit que sur trente-six individus, tous affectés de pneumo-

nie grave, et chez lesquels le point de côté était le premier ou l'un des premiers symptômes de la maladie, il y en a douze chez lesquels la douleur, après être arrivée presque immédiatement à son maximum d'intensité, a commencé ensuite à diminuer spontanément du deuxième au troisième jour à dater du début; chez dix autres malades cette diminution survint du quatrième au cinquième jour; chez six du sixième au septième; chez cinq autres du huitième au neuvième. Enfin il y a trois individus chez lesquels la douleur, quoique fort vive au commencement, se dissipa cependant le deuxième, le cinquième et le sixième jour, sans qu'on eût employé contre elle aucune espèce de traitement. J'étudierai plus tard avec beaucoup de soin les modifications que les divers agents thérapeutiques apportent à l'intensité et à la durée de douleur de côté dans la pneumonie. Il me suffira d'indiquer pour le moment, que chez tous les sujets qui succombèrent, la douleur diminua plus ou moins longtemps avant la mort, et que chez plus de la moitié de ceux qui moururent après le douzième jour, la douleur avait complétement cessé.

### § II. *Gêne, accélération de la respiration, dyspnée.*

Chez presque tous les malades affectés de pneumonie, les mouvemens respiratoires augmentent de fréquence, et l'introduction de l'air dans la poitrine s'accompagne souvent aussi d'un sentiment de gêne pénible ou d'une constriction douloureuse. L'accélération de la respiration est un symptôme que je pourrais signaler comme constant, puisque je l'ai observé à des degrés variables chez tous les individus qui furent soumis à mon observation avant l'époque de la convalescence. J'ai rencontré aussi d'autres malades chez lesquels une pneumonie dont ils furent affectés n'excita qu'une faible réaction fébrile, et n'apporta presque aucune gêne dans la respiration. Mais à part ces très rares exceptions, on peut dire, que les pneumonies, même très limitées, rendent le besoin de respirer plus fréquent, et accélèrent par conséquent les mouvemens respiratoires à des degrés différens. Ce symptôme apparaît avec les premiers accidens qui marquent l'invasion de la maladie. Ainsi chez six individus que je pus examiner, quelques heures après le début

des premiers symptômes, je constatai chez tous, que la respiration était devenue fréquente, puisque le nombre des inspirations était chez eux de 22 à 36 par minute. Dans les jours suivans l'accélération de la respiration a encore augmenté; c'est ainsi que sur 91 malades qui entrèrent à l'hôpital du deuxième au sixième jour de leur maladie, et chez lesquels aucun traitement actif n'avait encore été employé, il y en a 38 chez lesquels le nombre des respirations s'élevait de 30 à 40 par minute; chez 36 il variait entre 40 et 50: chez 9 il s'élevait à 54 ou 60. Enfin, je n'ai trouvé que 8 malades dont le nombre des inspirations, quoique plus considérable que dans l'état normal, n'a pas dépassé cependant 20 par minute. Il est assez rare, dans la pneumonie des adultes et dans les cas les plus graves, de compter plus de 60 à 66 respirations par minute. Toutefois chez deux malades, dont l'un a guéri, j'ai vu ce nombre s'élever jusqu'à 75 et 80. Cette accélération des mouvemens respiratoires, lorsqu'elle est considérable, s'accompagne d'une grande anxiété; les malades, dans le décubitus dorsal, et la tête très élevée, sont haletans; leur parole est brève, entrecoupée; ils se plaignent d'étouffer; ils emploient toutes leurs forces, toute leur énergie pour respirer, et il leur semble qu'une compression douloureuse s'oppose à la dilatation du thorax. L'air qu'ils respirent leur paraît ne pas pénétrer au-delà des premières ramifications bronchiques, toute respiration profonde est devenue absolument impossible; la poitrine se dilate tantôt par le mouvement d'ascension des côtes, tantôt celles-ci sont presque immobiles, et la respiration est alors tout-à-fait abdominale. Cette anxiété, cette dyspnée extrême, si voisine de la suffocation, ne se remarque presque jamais au début des pneumonies simples, légitimes; je ne l'ai jamais vu survenir avant la fin du premier septenaire, et généralement elle se lie à l'existence d'une pneumonie très étendue, le plus souvent à l'existence d'une pneumonie double.

Le plus ordinairement la gène de la respiration n'est pas aussi considérable que précédemment. Les malades, quoique respirant péniblement, peuvent cependant parler et se mouvoir dans leur lit. Quoiqu'en général l'intensité de la dyspnée soit proportionnée à l'accélération des mouvemens respiratoires, il n'y a pas cependant entre ces deux phénomènes un rapport constant. Ainsi j'ai trouvé deux malades ayant 68 respirations par

minute, et chez eux l'oppression, la dyspnée, quoique assez fortes, étaient néanmoins beaucoup moins prononcées que chez quatre autres individus chez lesquels pourtant on ne comptait que 44 à 48 inspirations. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer des malades dont le nombre des respirations s'élève à 46, 50, et chez lesquels cependant la plupart des mouvemens sont faciles, la parole est même assez libre ; et si on les interroge sur ce qu'ils éprouvent, ils affirment qu'ils ne sont point oppressés. J'ai observé au moins 18 individus qui paraissaient n'avoir aucune conscience de la gêne avec laquelle leur respiration s'opérait. M. Andral a vu plusieurs faits semblables (1). J'ai rencontré dix autres personnes chez lesquelles le nombre des respirations ne fut que de 24 ou 28, et cependant elles se plaignaient d'oppression et d'un sentiment de gêne et de constriction très pénibles.

Règle générale : la dyspnée et le nombre des inspirations sont en rapport avec l'étendue de la phlegmasie pulmonaire ; il y a cependant d'assez nombreuses exceptions. Plusieurs de mes malades en effet ont succombé à des pneumonies doubles ou avec une hépatisation de tout un poumon, et cependant chez eux l'oppression avait été médiocre, et on n'avait jamais compté plus de 24, 28 ou 30 respirations par minute, tandis que chez d'autres malades qui n'avaient que des pneumonies très circonscrites ; la dyspnée était extrême, et le nombre des inspirations dépassait 50 ou 60. Plusieurs faits de ce genre ont été vus par moi pendant l'épidémie de grippe qui régna à Paris en 1837. Quelquefois ce surcroît de dyspnée s'expliquait par une bronchite capillaire intercurrente ; mais le plus ordinairement, il n'y avait vers les plèvres, le poumon ou le cœur, aucune complication qui pût en rendre compte. Doit-on alors attribuer, avec les pathologistes anglais, la dyspnée et l'accélération de la respiration à une excitation inflammatoire *(inflammatory excitement)* qui affecterait tout le poumon (2). Ce serait faire une supposition qu'il nous serait impossible de justifier par aucune preuve anatomique ou même symptomatique. Ce sont-là des différences qui tiennent à des dispositions individuelles, à des idiosyncrasies dont la cause reste toujours inexplicable pour nous.

(1) *Clin.*, t. III, p. 481, 4e édit.

(2) *Stockes*, p. 322.

On croit assez généralement que la douleur plus ou moins vive, qui dans la plupart des pneumonies occupe un des côtés de la poitrine, est une des causes de la dyspnée qu'on observe, et surtout de l'accélération des mouvements respiratoires. En effet, la douleur empêchant de dilater complétement le thorax, les malades ne font que des inspirations courtes, incomplétes, qu'ils sont forcés de renouveler plus souvent, afin de suppléer au petit volume d'air qu'ils introduisent chaque fois dans leurs poumons. Cependant je pense, que même dans les cas où la pneumonie s'accompagne d'un violent point de côté, c'est moins encore à celui-ci qu'à l'altération du poumon qu'il faut rapporter la dyspnée et la fréquence des respirations. J'ai en effet choisi 32 malades que j'ai divisés en deux groupes de 16 chacun, à peu près semblables sous le rapport de l'âge des individus et de la gravité de la pneumonie, mais différant entre eux par cette circonstance que, dans l'une de ces catégories, les malades éprouvaient un violent point de côté, tandis que dans l'autre la douleur avait complétement manqué. Or, en comparant la dyspnée et la fréquence des respirations chez ces deux ordres de sujets, je n'ai trouvé aucune différence bien notable entre eux, comme on peut le voir par le tableau suivant.

| FRÉQUENCE DE LA RESPIRATION. | MALADES AYANT EU UNE VIVE DOULEUR AU CÔTÉ. | MALADES N'AYANT POINT EU OU A PEINE DE DOULEUR DE CÔTÉ. |
|---|---|---|
| Il y a eu de 20 à 30 respirations. . . . | Chez 2. . . . . | . . Chez 2 |
| De 30 à 40. . . . . . | Chez 3. . . . . | . . Chez 4 |
| De 40 à 50. . . . . . | Chez 7. . . . . | . . Chez 8 |
| De 50 à 60. . . . . . | Chez 2. . . . . | . . Chez 2 |

On a dit également que le degré de la dyspnée variait selon le siége de la pneumonie. Ainsi M. Bouillaud (1) croit être bien certain que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la pneumonie du sommet donne lieu à une plus forte dyspnée que la pneumonie de la base. M. Andral a avancé la même opinion, mais avec plus de réserve (2); car plusieurs fois il a vu l'inflamma-

(1) *Diction. de méd. et de chir. prat.*, en 15 vol., t. XIII, p. 568.
(2) *Clin.*, t. III, p. 482, 4e édit.

tion des lobes supérieurs exister sans dyspnée. Enfin MM. Hourmann et Dechambre disent avoir aussi remarqué que la dyspnée extrême coïncidait le plus souvent avec une pneumonie du sommet, surtout du poumon gauche, tandis que l'absence complète de dyspnée avait lieu surtout dans la pneumonie du lobe inférieur (1). Mais malheureusement les auteurs que je viens de citer n'appuient leur opinion d'aucune preuve concluante, et paraissent l'avoir exprimée plutôt d'après leur souvenir que par suite de l'analyse comparative d'un grand nombre de faits.

Pour résoudre cette question, ou du moins pour en éclairer la solution, j'ai choisi 44 individus placés dans des conditions d'âge et d'intensité de maladie à peu près analogues, et ne différant entre eux que par le siége de la pneumonie, qui occupait dans la moitié des cas, le lobe supérieur, tandis que, chez les autres individus, c'était la moitié inférieure de l'organe qui était envahie. Or, en comparant la dyspnée et la fréquence des mouvemens respiratoires dans les deux catégories de malades que je viens d'établir, on ne trouve presque aucune différence. Le tableau suivant le prouvera.

| NOMBRE DES RESPIRATIONS. | DANS LES PNEUMONIES DE LA 1/2 SUPÉRIEURE. | DANS LES PNEUMONIES DE LA 1/2 INFÉRIEURE. |
|---|---|---|
| Il y a eu de 20 à 30 respirations par minute. | Chez 4. . . . | . . Chez 3 |
| De 30 à 40. . . . . | Chez 7. . . . | . . Chez 8 |
| De 40 à 50. . . . . | Chez 9. . . . | . . Chez 9 |
| De 50 à 52. . . . . | Chez 2. . . . | . . Chez 2 |

J'ai également recherché si, dans les pneumonies qui se terminaient par la mort, la dyspnée et la fréquence des respirations étaient plus grandes dans l'inflammation du sommet que dans celle de la base. J'ai précisément observé le contraire. Ainsi chez 6 individus qui succombèrent à une pneumonie bornée au lobe supérieur des poumons, la dyspnée fut médiocre, et le nombre des respirations ne dépassa jamais 44; tandis que chez 6 autres sujets qui moururent avec une inflammation

(1) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 41.

lobe inférieur d'un des poumons, la dyspnée fut beaucoup plus intense que chez les premiers, et les mouvemens respiratoires s'élevèrent deux fois à 48, et, chez les 4 autres, à 52 et à 64. Il semble même, *à priori*, que l'inflammation des lobes inférieurs doive produire beaucoup plus de trouble dans les phénomènes respiratoires que la pneumonie des lobes supérieurs, par cela seul que les premiers sont plus volumineux que les seconds, et nous avons vu précédemment que la dyspnée et le nombre des respirations était proportionné le plus souvent à l'étendue de l'altération. En général les sujets qui ont succombé ont eu, terme moyen, 4 ou 5 respirations de plus que ceux qui ont guéri.

Ce que je viens de dire de la dyspnée et de l'accélération des mouvemens respiratoires s'applique aussi bien aux adultes qu'aux vieillards. Chez les enfans, et surtout dans les deux premières années de la vie, la gêne et l'accélération de la respiration sont des symptômes bien importants, car on les observe, pour peu que l'hépatisation occupe une certaine étendue. La fréquence de la respiration semble être un peu plus considérable dans le jeune âge que chez les adultes et les vieillards. Ainsi les malades observés par M. Valleix (1) avaient de 30 à 36 respirations par minute; dans un cas même on ne put compter leur nombre, tant elles étaient précipitées. D'après MM. Rilliet et Barthez (2), la fréquence des inspirations dans la pneumonie varie entre 30 et 80, chez les enfans de 2 à 5 ans; tandis que de 6 à 15 elle est entre 24 et 68. Dans la pneumonie du jeune âge, il n'est pas rare de voir les mouvemens respiratoires, devenus plus fréquens, être en même temps irréguliers et saccadés. M. Valleix a observé, chez 3 enfans nouveau-nés, des inspirations courtes et précipitées, pendant lesquelles les épaules étaient soulevées fortement et retombaient ensuite brusquement, comme si l'enfant éprouvait une grande fatigue. J'ai constaté ce même phénomène chez deux adultes, mais seulement pendant la durée de l'agonie.

Quel que soit d'ailleurs l'âge des sujets, il est certaines conditions; telles qu'une grossesse avancée ou une vicieuse con

(1) *Cliniques des mal. des enfans*, p. 189.
(2) *Loc. cit.*, p. 405.

formation du thorax, qui, indépendamment de l'étendue de la pneumonie, rendent la dyspnée plus forte et plus pénible. On conçoit en effet que, lorsque l'abdomen est distendu par l'utérus, par une tumeur quelconque, ou par un épanchement liquide, la dyspnée soit toujours plus forte que chez d'autres individus sains dont la pneumonie n'offrirait pas une étendue plus considérable ; car, chez les premiers, l'ampliation de la poitrine se fait plus difficilement dans son diamètre vertical. Un surcroît de dyspnée se remarque aussi chez les personnes dont le thorax est vicieusement conformé. En effet, les bossus éprouvent une dyspnée habituelle et qui s'explique facilement par le petit volume de leurs poumons, par la petite quantité d'air qu'ils peuvent contenir, par la difficulté avec laquelle s'opère la dilatation du thorax, à cause du rapprochement et du changement de direction des côtes. On conçoit d'après cela qu'une pneumonie qui survient chez des rachitiques, doit beaucoup aggraver la dyspnée habituelle qu'ils éprouvent, lors même que l'inflammation serait limitée à une petite portion du poumon.

### § III. — *Toux.*

La plupart des malades ont commencé à tousser dès le début de la maladie. Ainsi sur 90 individus chez lesquels la pneumonie est survenue au milieu d'une santé parfaite, sans être précédée de bronchite aiguë ou chronique, la toux a commencé à être entendue, chez 80 d'entre eux, dans le 12 premières heures ; 6 ont toussé pour la première fois à la fin du premier jour et 4 à la fin du deuxième. En général, le point de côté et la toux sont deux symptômes qui s'excitent l'un l'autre, et qui se suivent de très près. Beaucoup de malades en effet, éprouvant le besoin de tousser, s'aperçoivent qu'ils souffrent dans un des côtés de la poitrine; d'autres, au contraire, éprouvant d'abord le point de côté et forcés à respirer un peu profondément, sont arrêtés par la douleur qui excite en même temps le besoin de tousser. Après avoir fixé avec soin le début de la toux, j'ai négligé dans la plupart de mes observations de décrire avec soin ses caractères, sa fréquence, son intensité comparative le jour et la nuit; de telle sorte que, lorsque j'ai voulu analyser ce symptôme, je n'ai trouvé que 30 observations sur l'exactitude desquelles je pouvais compter, et qui seules ont dû me servir pour cette étude.

ur ces 30 malades il y en a 23 chez lesquels la toux avait une réquence médiocre, se répétant à des intervalles plus ou moins loignés, elle ne constituait pas par elle-même un symptôme icommode; mais elle était néanmoins pénible pour la plupart es malades, chez lesquels elle réveillait la douleur pleurétique. Chez 7 individus, les secousses de la toux plus rapprochées que dans les cas précédens, se répétaient rapidement u grand nombre de fois sous forme de quintes, ordinairement uivies d'expectoration. Mais il est rare que celles-ci soient aussi réquentes, aussi pénibles que dans le catarrhe pulmonaire; lles ne m'ont pas paru, comme celles qui appartiennent à cette ernière affection, augmenter le soir ou pendant la nuit, à l'exption pourtant d'un malade chez lequel elles furent tellement opiniâtres, que pendant trois nuits consécutives elles empêchèrent le sommeil complétement. Il est très rare aussi de voir les uintes de toux de la pneumonie produire dans la poitrine et rrière le sternum et dans la direction des bronches des douurs vives, brûlantes, parfois déchirantes, à moins qu'il n'y ait même temps une bronchite intense, comme je l'ai constaté ez quelques malades.

Le siége de la pneumonie ne m'a pas paru exercer d'influence r la fréquence de la toux; celle-ci, en effet, a existé avec quins aussi fréquemment dans les pneumonies de la base que dans lles du sommet. Elle m'a paru être aussi d'autant plus fréuente que la phlegmasie pulmonaire était elle-même plus étenie. Il y a pourtant d'assez nombreuses exceptions; c'est ainsi 'elle n'a guère été plus fréquente ni plus pénible chez les sus affectés d'une pneumonie double que chez ceux qui n'ont qu'une pneumonie circonscrite. Celui de mes malades qui a rouvé la toux la plus incommode, puisqu'elle a rendu le someil impossible pendant trois nuits consécutives, n'était pourit affecté que d'une pneumonie limitée à une étendue de 9 à centimètres dans la partie supérieure de la fosse scapulaire.

Il est rare que, lorsque la maladie se termine par la mort, s même que celle-ci est assez voisine du début, il est rare, -je, de voir la toux persister avec la même intensité, jusqu'au me fatal. Dans la plupart des cas, c'est-à-dire 10 fois sur 12, e diminue dans les derniers jours, elle peut même cesser tout it. L'âge avancé des sujets semble aussi rendre la toux moins

fréquente; c'est ainsi que parmi les 7 malades chez lesquels la toux fut pénible, fréquente et par quintes plus ou moins rapprochées, aucun n'avait dépassé 55 ans. J'ai vu deux vieillards de 72 ans, chez lesquels on aurait pu croire que ce symptôme manquait complétement; ils disaient en effet ne pas tousser du tout, mais on apprenait par le rapport de leurs voisins et des personnes de service, qu'ils éprouvaient trois ou quatre fois par jour quelques secousses de toux obscure et qui n'était suivie d'aucune expectoration. MM. Hourmann et Dechambre (1) paraissent avoir noté cette circonstance assez fréquemment chez les vieilles femmes de la Salpétrière. Ces auteurs disent, en effet, que la toux existe le plus communément chez les vieillards; mais que souvent elle est si faible que les malades même n'y font pas attention.

Chez les jeunes enfans la toux est un symptôme presque constant; ainsi M. Valleix (2) ne l'a jamais vu manquer dans toutes les pneumonies simples qu'il a observées chez le nouveau-né. Elle n'était pas très fréquente; elle était toujours grasse et ne persista pas jusqu'à la mort. M. Valleix a observé que la toux survenait le plus souvent après la dyspnée. Toutefois M. Vernois (3) l'a notée comme ayant été le premier phénomène morbide chez 22 enfans à la mamelle, tandis que l'oppression n'a été que consécutive à ce symptôme. Chez les enfans plus âgés, par exemple chez ceux de deux à quatre ans, MM. Rilliet et Barhez (4) observent que, quelles que soient les circonstances dans lesquelles la pneumonie s'est développée, toutes les fois qu'elle a pris naissance sous leurs yeux, ils ont constaté l'existence de la toux au moins huit jours avant le début tranché de la phlegmasie; ce qui semble prouver encore que chez les enfans de deux à quatre ans, la pneumonie est généralement précédée de bronchite. Chez les sujets plus âgés au contraire, c'est-à-dire de cinq à quinze, si la pneumonie est franche, la toux est avec la fièvre et la fréquence de la respiration un des symptômes qui surviennent dès le début de la maladie. Elle est rare dans plus de la moitié des cas; mais elle augmente d

(1) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 42.
(2) *Clin. des enfans nouveau-nés*, p. 117.
(3) Même ouvrage, p. 118.
(4) *Loc. cit.*, p. 93.

fréquence à mesure que la phlegmasie fait des progrès. MM. Rilliet, Barthez et Valleix l'ont trouvée en raison directe de l'étendue de l'hépatisation et de la rapidité de son développement. Mais chez les enfans, de même que nous l'avons noté chez les adultes, à mesure que les forces diminuent, et lorsque les malades touchent à leur dernière heure, on voit la toux diminuer ou même cesser tout à fait.

## § IV. — *Expectoration.*

Les médecins de tous les âges, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont insisté avec juste raison sur les caractères particuliers offerts par la matière expectorée chez les sujets affectés de pneumonie. C'était en effet le plus souvent d'après cette seule inspection que les anciens praticiens établissaient sûrement le diagnostic de la pneumonie, privés qu'ils étaient alors des précieuses méthodes d'exploration que nous avons aujourd'hui en notre pouvoir.

Les crachats qu'on observe dans la pneumonie offrent différens degrés de coloration et de consistance. Chez un certain nombre de malades, ceux qui sont rejetés dans la première période de la maladie sont rouges et sanguinolens ; si on les examine avec attention, on voit qu'ils sont formés par un mucus tenace et visqueux, plus ou moins adhérent aux parois du vase, contenant de petites bulles d'air et une certaine quantité du sang qui produit la coloration rouge dont j'ai parlé. Ce sang est en grande partie intimement combiné avec le mucus, il forme avec lui une masse homogène; cependant on aperçoit, à la surface des crachats, plusieurs points où cette fusion n'est pas encore aussi parfaite, ce qui leur donne alors une certaine ressemblance avec de la *brique pilée.* Mais à mesure que la maladie fait des progrès, soit que la combinaison du sang et du mucus devienne de plus en plus intime et complète, soit que la quantité de sang exhalée soit moins considérable, on voit la couleur rouge des crachats diminuer; de vive qu'elle était, elle devient plus obscure, elle prend une teinte qu'on a avec beaucoup de raison comparée à la *rouille de fer* ; puis, par une autre transformation, les crachats cessant d'être rouges, acquièrent une couleur jaunâtre dont la nuance varie. Dans un premier degré les matières expectorées offrent exactement la coloration jaune de l'é-

corce fraîche d'une orange parvenue à une maturité parfaite; dans un deuxième degré, les crachats complétement jaunes ont la plus grande ressemblance avec de la marmelade d'abricot; d'autres se rapprochent davantage de la couleur du sucre d'orge; enfin, il y en a dont la teinte jaune-citron plus claire semble avoir été produite par une très légère infusion de safran. Chez quelques malades, la couleur jaune, au lieu d'être uniforme, égale partout, se mêle à une teinte légèrement verdâtre, comme si une certaine quantité de bile avait été mélangée avec le mucus; bientôt cette coloration allant sans cesse en augmentant, finit par dominer, et alors on voit le crachat offrir une couleur verte dont la teinte varie depuis le vert tendre jusqu'au vert porracé. Après la couleur verte, les crachats deviennent en général blancs, opaques, et ressemblent plus ou moins à l'expectoration des catarrhes pulmonaires aigus.

Les variétés de crachats dont je viens de parler et qu'on peut observer concurremment chez le même malade, présentent indépendamment de leur coloration, plusieurs autres propriétés physiques fort importantes à connaître. Ce qui frappe le plus après leur couleur, c'est sans contredit leur consistance et leur viscosité. Les uns sont épais, consistans, semblables à de la gélatine; ils adhèrent si intimement au fond du vase qui les contient, qu'on peut incliner et renverser celui-ci tout à fait, sans même les déplacer. D'autres fois leur consistance est moindre; leur viscosité n'est pas assez considérable pour les faire adhérer aussi intimement que les précédens aux parois du vase; mais ils ressemblent davantage à de l'albumine; ils forment alors une masse presque homogène qui, lorsqu'on incline le crachoir, roule tout d'une pièce, et laisse parfaitement nettes et presque sèches les portions du vase qu'ils abandonnent. Les crachats *rouillés*, *marmelade d'abricot* et *sucre d'orge* sont ceux qui ont généralement le plus de consistance et de viscosité.

Ces différentes espèces de crachats, et surtout ceux qui sont jaunes, examinés dans un jour convenable, ont une demi-transparence; quelques-uns même, mais c'est le plus petit nombre, sont tout à fait transparens; en les regardant de près, on peut se convaincre aussi qu'ils sont aérés, qu'ils sont parsemés de petites bulles d'air dont le nombre et la ténuité sont généralement en rapport assez exact avec leur viscosité.

Les crachats que nous venons d'étudier ne sont pas les seuls qu'on observe dans la pneumonie; on voit en effet des individus atteints de cette maladie, rendre par l'expectoration une matière liquide, séreuse, d'une couleur rougeâtre obscure, quelquefois brunâtre et même noire; elle ressemble alors assez exactement à du *jus de réglisse ou de pruneaux*; elle est quelquefois recouverte par une spume blanchâtre qu'on écarte facilement en soufflant dessus. Chez d'autres malades la matière expectorée ayant également perdu toute sa ténacité, ressemble par sa consistance et sa couleur très légèrement jaunâtre à une solution un peu concentrée de gomme arabique; ces crachats ont encore une certaine viscosité, ils sont très coulans, et parfois ils contiennent beaucoup de bulles d'air.

La quantité des crachats pneumoniques varie beaucoup. Tantôt il n'en existe qu'un; quelquefois même il n'y a que la moitié ou le 1/3 d'un crachat qui présente la coloration, la viscosité et les autres propriétés de l'expectoration pneumonique. Dans la plupart des cas de pneumonies franches, on peut évaluer approximativement à 64 grammes la quantité de crachats jaunes ou rouillés que les malades rendent dans les 24 heures. M. Bouillaud estime cette quantité, terme moyen, à une palette et demie (1); cette évaluation me semble peut-être un peu trop forte; toutefois nous manquons encore à ce sujetde données positives. Ayant toujours noté assez vaguement la quantité des matières expectorées, je suis obligé de parler en ce moment plutôt d'après mes souvenirs, que d'après l'analyse de mes observations.

Les anciens médecins attribuaient la couleur jaune et verte des crachats de la pneumonie à la présence de la bile; mais J. Val. Hildenbraud (2) a l'un des premiers démontré que cette coloration jaune était produite par le sang intimement mêlé au mucus. C'est avec raison que le célèbre professeur de Vienne regarde ces crachats comme étant le produit d'une sécrétion morbide avec mélange de particules sanguines très homogène; ce qui précède le prouve en effet; car en suivant la description que j'ai faite des diverses colorations des crachats et de leur transformation, on a vu que, d'abord sanguinolens, ils devenaient

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII, p. 391.

(2) *Méd. prat.*, t. I, p. 95, *traduit par A. Gauthier*, Paris, 1828.

ensuite tour à tour rouge-orange, jaunes, jaunâtres, puis verts, à mesure que le sang, exhalé en quantités moins considérables, se combinait plus exactement avec le mucus.

M. le professeur Andral (1) a trouvé également, que si on mêle à de l'eau pure rendue visqueuse par l'addition d'un mucilage, un peu de sang dont on augmente la proportion, on peut produire les diverses colorations dont j'ai parlé plus haut. J'ai répété cette expérience plusieurs fois; j'ai pu imiter ainsi plus ou moins exactement la couleur rouillée et même rouge-orange, mais je n'ai jamais pu reproduire ni la couleur franchement jaune, et moins encore la couleur verte. Celle-ci dans quelques cas peut être réellement produite par la matière colorante de la bile. Ainsi M. Andral (2) rapporte le fait remarquable d'un homme qui succomba à une pneumonie compliquée d'hépatite, et chez lequel l'expectoration était d'un vert-foncé, comme si la bile avait été mélangée directement au mucus.

Les crachats séreux et noirs que nous avons comparés à du jus de réglisse et de pruneaux, sont bien évidemment formés par du sang presque pur et profondément altéré. Tous ceux que j'ai observés provenaient certainement des bronches; les sujets d'ailleurs n'étaient point cachectiques. J'insiste sur ce fait, parce que Laënnec (3) a dit n'avoir observé l'expectoration jus de pruneaux que chez des sujets dont les gencives étaient habituellement ramollies et laissaient de temps en temps suinter du sang. Mais dans les cas où du sang est exhalé par les gencives, il est noir, en grumeaux, peu abondant, souvent fétide et diffère par tous ces caractères de celui qui vient des bronches qui est séreux, abondant, homogène et recouvert souvent d'une spume blanche ou rougeâtre.

Chez presque tous mes malades j'ai essayé de déterminer exactement l'époque où les crachats commencèrent à devenir plus ou moins colorés; mais chez un grand nombre d'entre eux je n'ai pu le préciser, car entrant à l'hôpital à une période déjà éloignée du début, souvent ils n'avaient fait aucune attention à

(1) *Essai sur l'exp. et les crachats. Thèse* 1821, in-4°, *et Clin.*, t. III, p. 502.

(2) *Clin.*, t. IV, p. 414, 55e observ., 4e édit.

(3) T. Ier, p. 539, 4e édition,

la nature et à la couleur des crachats qu'ils avaient rejetés. Toutefois, chez 131 d'entre eux que j'ai observés à une époque voisine du début, ou qui ont pu me donner des renseignemens précis sur les caractères de la matière expectorée, depuis l'origine de la maladie, j'ai pu déterminer assez exactement pour eux le moment où l'expectoration a commencé à devenir pneumonique. Chez ces 131 malades les crachats caractéristiques ont été observés pour la première fois.

| | | |
|---|---|---|
| Chez | 45. . . . . . . | le 1er jour. |
| | 31. . . . . . . | le 2e |
| | 14 . . . . . . | le 3e |
| | 14. . . . . . . | le 4e |
| | 11. . . . . . . | le 5e |
| | 6. . . . . . . | le 6e |
| | 5. . . . . . . | le 7e |
| | 2. . . . . . . | le 8e |
| | 2. . . . . . . | le 11e |
| | 1. . . . . . . | le 12e |

Il résulte de ce tableau que chez le plus grand nombre des malades les crachats caractéristiques de la pneumonie se montrent dans les deux premiers jours de la maladie ; qu'ils ont d'autant moins de tendance à paraître que la maladie est à une période plus éloignée du début ; qu'enfin après le septième jour il est assez rare de les voir pour la première fois, à moins toutefois qu'il n'y ait une recrudescence dans la maladie.

Il était également intéressant de rechercher si on observait indistinctement au début de la pneumonie les différentes espèces de crachats que j'ai précédemment décrites. Or, sur 66 malades chez lesquels le caractère de l'expectoration a été bien déterminé dès le moment où elle a paru pour la première fois, il y en a :

35 chez lesquels les crachats furent d'abord rouillés ;
25 chez lesquels ils furent jaune-abricot ou sucre d'orge ;
6 chez lesquels ils furent sanguinolens.

En sorte qu'il faut admettre que les crachats rouillés sont ceux qui sont le plus souvent primitifs. On les voit après une durée qui varie entre un ou plusieurs jours se transformer successivement et parfois brusquement en crachats jaunes ; tandis

qu'il est rare de voir les crachats primitivement jaunes devenir ensuite couleur de rouille. Je dis que cette dernière transformation est assez rare, puisque je ne l'ai observée que sur un dixième des malades. Lorsque les crachats; ont été primitivement sanguinolens, je les ai vus être remplacés constamment en proportion à peu près égale soit par une expectoration rouillée, soit par une expectoration franchement jaunâtre. La couleur verte a toujours été consécutive aux autres colorations, et surtout aux colorations rouillée et abricot. J'ai observé des crachats plus ou moins verts chez 15 malades, tous parvenus du quatrième au dixième jour de leur maladie, le plus grand nombre était au sixième ou septième jour; enfin, après avoir persisté pendant un, deux et le plus souvent trois jours, les crachats verts ont été remplacés par une expectoration blanche plus ou moins visqueuse et opaque. Les crachats jus de *réglisse ou* de *pruneaux* me semblent comme les crachats verts être généralement consécutifs.

La durée des crachats caractéristiques considérée indépendamment des divers traitements employés contre la pneumonie est assez variable. Ainsi, les crachats sanguinolens ont duré de deux à trois jours; les crachats rouillés de un à douze jours, terme moyen, cinq jours. Les crachats jaunes primitifs ont persisté avec des nuances diverses de deux à neuf jours, terme moyen, quatre jours; leur durée a été plus courte lorsqu'ils étaient consécutifs aux crachats sanguinolens ou rouillés, puisqu'elle a été moindre de trois jours. Chez tous les malades qui ont guéri, et cela sans aucune exception, les crachats muqueux ou séro-muqueux ont succédé à l'expectoration colorée. En général, ces crachats, quoique blancs ou opaques, étaient encore plus ou moins visqueux; la viscosité est en effet la qualité qui persiste le plus longtemps. Ces crachats sont souvent aussi très-aérés; toutefois, l'aération est un caractère lui-même inconstant, qui cesse et reparaît plusieurs fois.

En général, l'expectoration muqueuse ou catarrhale persiste pendant un temps assez long. Si, en effet, on interroge les malades avec soin, on se convaincra que la plupart d'entre eux toussent et crachent encore plus ou moins au moment où ils quittent l'hôpital. Sur 24 individus que j'ai pu observer jusqu'à la cessation complète de ces symptômes, il y en a 10 chez lesquels l'expectoration a cessé au milieu ou à la fin du deuxième septe-

naire ; chez 6, elle a persisté jusqu'au troisième ; chez 6 autres, jusqu'à la fin du quatrième ; et chez 2, jusqu'au cinquième. Les saisons et le siége de la pneumonie ne m'ont paru exercer aucune influence bien notable sur la durée de l'expectoration. Parmi ces 24 malades, aucun n'avait dépassé quarante ans, de telle sorte que je n'ai pu rechercher si l'âge apportait aussi quelque modification. Enfin, par une bizarrerie assez singulière, les pneumonies qui ont été précédées par une bronchite aiguë, sont précisément celles dans lesquelles la toux et l'expectoration ont cessé le plus vite.

Lorsque les malades succombent aux progrès de la pneumonie, l'expectoration éprouve des modifications importantes. On voit généralement les crachats perdre peu à peu leur couleur rouillée ou jaune, devenir muqueux, blancs, opaques ou d'un gris sale. Ils sont très-souvent visqueux, filans, et c'est avec peine et de grands efforts que les malades parviennent à les expulser. C'est surtout dans les derniers jours de l'existence que l'on observe les crachats séreux, rougeâtres, jus de pruneaux, dont j'ai parlé précédemment. Dans la plupart des cas, la quantité des crachats diminue ou même se supprime tout-à-fait à mesure qu'on approche du terme fatal. Sur 22 malades qui ont succombé, j'ai vu 9 fois l'excrétion des crachats être suspendue dans les vingt-quatre ou quarante-huit dernières heures; chez 1 sujet, j'ai vu cette suppression avoir lieu dans les cinq derniers jours; 6 de ces individus étaient affectés d'une hépatisation grise du lobe supérieur.

*Anomalies dans l'expectoration.* Chez 20 malades chez lesquels la pneumonie s'est terminée par la guérison ou par la mort, j'ai vu l'expectoration rester pendant toute la durée de la maladie constamment blanche, opaque et catarrhale. C'est surtout pendant certaines constitutions médicales qu'on observe cette anomalie; c'est ainsi que, pendant l'épidémie de grippe de 1837, et pendant les mois qui la suivirent, j'ai vu à l'Hôtel-Dieu 14 pneumonies pendant toute la durée desquelles les crachats restèrent parfaitement blancs ou opaques sans aucune teinte jaune, rouillée, verte ou noire.

Une autre anomalie de l'expectoration consiste dans l'absence des crachats; j'ai vu 14 malades qui paraissaient n'avoir jamais craché à aucune époque de la maladie. 5 de ces individus

ont succombé; la plupart étaient compris entre quinze et trente ans, les autres de quarante à cinquante. Chez 5 la pneumonie occupait la base, chez 2 la partie moyenne, chez 7 le sommet. Ce résultat, et celui que j'ai précédemment obtenu, viennent donc confirmer une opinion émise par M. Bouillaud (1), savoir : que l'expectoration manque plus souvent dans la pneumonie du sommet que dans celle qui affecte les autres lobes. Mais, ce fait une fois admis, nous ne pouvons accepter l'explication que M. Bouillaud a voulu donner du phénomène ; car elle est en opposition avec les lois les plus simples de la physique. « Il est certain, dit M. Bouillaud, que l'expectoration ne peut s'opérer que sous l'influence de mouvemens et de secousses pendant lesquels les matières contenues dans les vésicules bronchiques sont détachées. Or, ces mouvemens et ces secousses ont beaucoup moins de prise sur le sommet que sur les lobes inférieurs. » A cela on doit objecter que le poumon, remplissant exactement la poitrine, toute secousse, tout effort de compression doit agir également sur la masse entière ; d'ailleurs, les mucosités sécrétées par le lobe supérieur peuvent avoir plus de facilité à se rendre dans les grosses bronches, étant favorisées dans leur marche par l'action de la pesanteur.

L'expectoration que nous venons d'étudier chez les adultes éprouve quelques modifications chez les vieillards, et surtout chez les enfans. Chez quatre malades qui avaient au moins 70 ans, les crachats ont été plus ou moins colorés et visqueux ; mais la couleur rouge ou jaune était moins prononcée que chez l'adulte, elle était moins uniforme, persistait moins longtemps; on observait en même temps des crachats blancs, grisâtres, d'un gris sale ; ils étaient peu abondans, rendus avec peine, et se supprimaient rapidement.

MM. Hourmann et Dechambre (2) sur 67 observations de pneumonies recueillies à la Salpétrière ont vu 17 fois seulement les crachats être sanguinolens ; lorsqu'ils ne contenaient pas de sang ils les ont vus grisâtres, opaques, etc. ; ils étaient très rarement transparens et visqueux. Lorsque le sang colorait les crachats, tantôt ce liquide constituait la plus grande partie de la matière expectorée, d'autres fois celle-ci était formée par une

(1) *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XIII, p. 591.

(2) *Archives gén. de méd.*, 2e série. t. XII, p. 45.

purée épaisse, rosée, homogène, ou bien c'étaient des flocons grisâtres, parfois tachés de sang à leur surface, ou bien enfin des mucosités inégalement mêlées de sang et dont la combinaison intime n'est jamais parfaite. Lorsque la maladie faisait des progrès, ou bien l'expectoration se supprimait, d'autres fois elle prenait l'aspect purulent; chez quelques malades elle prenait la teinte uniforme chocolat ou le caractère jus de pruneaux. MM. Hourmann et Dechambre disent que le premier de ces aspects avait lieu dans les cas où il existait préalablement un catarrhe chronique muqueux, et le second dans le cas de catarrhe pituiteux. Pour étayer cette observation d'une expérience directe, ils ont pris les matières de l'expectoration dans ces deux variétés de catarrhe, et les ayant mélangées séparément avec du sang, ils ont obtenu un produit tout à fait identique avec les deux espèces de crachat précédemment indiquées.

Chez les enfans à la mamelle, il n'y a point d'expectoration comparable à celle qu'on observe dans la pneumonie des adultes et des vieillards. Cependant M. Valleix a fréquemment observé chez les nouveau-nés atteints d'hépatisation pulmonaire, une écume blanche légèrement sanguinolente, épaisse et visqueuse, sortir de la bouche des petits malades, s'accumuler sur leurs lèvres et couler sur leur oreiller (1). M. Vernois ayant recherché le même phénomène chez 22 enfans atteints de pneumonie, l'a trouvé chez 18 d'entre eux. Enfin, plus récemment M. le docteur Kiwisch de Prague a signalé comme un phénomène fréquent la présence d'une écume blanche devant la bouche et le nez des enfans nouveau-nés, qui sont affectés de pneumonie (2). M. le docteur Valleix est porté à regarder, avec raison je crois, cette écume comme une espèce d'expectoration, et chez les sujets qui ont succombé il a trouvé dans la trachée et les bronches une matière tout à fait semblable à celle qui sortait de la bouche dans les dernières heures ou les derniers jours de l'existence. Chez les enfans de deux à cinq ans, les crachats manquent aussi dans la plupart des cas. MM. Rilliet et Barthez n'en ont vu que chez quatre malades; ils étaient séro-muqueux ou spumeux, contenant dans un cas un peu de sang vermeil.

(1) *Clin. des nouveau-nés*, p. 156.

(2) *Medicinisch. jahrbuch*, vol. XXX.

M. Rufz (1) n'a même jamais vu de véritable expectoration chez les enfans de cet âge ; ceux-ci rejetaient parfois par le vomissement quelques mucosités glutineuses, qui d'ailleurs n'ont jamais rien présenté de semblable à la couleur *rouillée* de la pneumonie des adultes. Au contraire, chez les enfans de six à quinze ans l'expectoration existait presque toujours ; elle contenait du sang chez cinq malades, et était rouillée chez deux seulement. Ce résultat est confirmé par les observations de M. Gerhard, qui sur 21 malades n'a vu que trois fois la matière expectorée offrit quelque chose de caractéristique, c'est-à-dire la viscosité et une coloration citrine (2).

### § V. — *Air expiré.*

On croit vulgairement, et la théorie semble confirmer cette opinion, que dans la pneumonie l'air que les malades expirent a une température plus élevée. Toutefois J. Frank (3) dit avoir observé le contraire, ce qu'il explique en disant que la respiration étant devenue plus fréquente, l'air séjourne pendant un temps moins long dans les vésicules pulmonaires. J'avais eu l'intention il y a plusieurs années de me livrer à ce sujet à quelques expériences, pour déterminer la température de l'air expiré dans les différentes maladies ; mais un de nos plus habiles physiciens, à qui je demandai quelques conseils, m'en dissuada en me montrant les nombreuses difficultés que je rencontrerais et qui m'ont semblé être tout à fait insurmontables. Toutefois j'ai tâché dans une dizaine de cas d'apprécier à la main et approximativement la température de l'air expiré ; il m'a semblé, en effet, comme à J. Frank, que lorsque la respiration était très accélérée, l'air semblait moins chaud que de coutume, ce qui dépend peut-être moins de son court séjour dans les vésicules pulmonaires, que de la vitesse de son courant.

L'haleine étudiée quant à son odeur, ne m'a rien présenté de particulier à noter. Chez quelques malades arrivés à la dernière période, l'haleine a parfois une odeur fade, nauséeuse, aigrelette ou fétide, qui semble aussi être exhalée par la surface du corps.

(1) *Journ. des conn. méd. chir.*, 3e année, p. 106.
(2) *Loc. cit.*, p. 94.
(3) *Loc. cit.*, p. 358.

Mais je n'ai rien vu là qui fût spécial à la pneumonie; car j'ai senti la même odeur chez beaucoup d'autres malades, emportés par des affections très diverses.

Il est infiniment probable que lorsque les poumons sont frappés de phlegmasie, les phénomènes chimiques de la respiration doivent être plus ou moins pervertis. Une expérience de Nysten vient jusqu'à un certain point confirmer cette opinion. Cet habile expérimentateur rapporte en effet, qu'ayant analysé la composition de l'air expiré chez un malade atteint d'une pneumonie à laquelle il succomba, il trouva une diminution assez notable dans la quantité d'acide carbonique exhalé (1). Mais il paraît qu'il n'y a là rien de spécial à la pneumonie; car il résulte des recherches du même auteur, que la quantité d'acide carbonique expiré diminue dans toutes les maladies de poitrine qui s'accompagnent de beaucoup de dyspnée. On peut en effet établir comme règle générale que l'acide carbonique est exhalé en quantité d'autant moins considérable qu'il y a plus de dyspnée et que les mouvemens respiratoires sont plus accélérés.

### § VI. — *Inspection et mensuration de la poitrine.*

Chez la presque totalité des individus qui sont affectés de pneumonie, on ne remarque rien de particulier dans la configuration de la poitrine. Les deux côtés du thorax, s'ils n'étaient point déformés avant, restent parfaitement symétriques, et quel que soit le siége de la maladie, ils se dilatent également dans l'inspiration. Cependant chez plusieurs malades chez lesquels la douleur pleurétique était excessivement vive, il m'a paru que le côté affecté se dilatait moins complétement que le côté sain; mais cette différence qui était fort légère, cessait d'être remarquée dès que la douleur était devenue moins intense. A part le cas dont je parle, je n'ai encore observé aucun fait qui puisse me faire admettre que le côté de la poitrine correspondant au poumon malade se dilate moins que le côté opposé. Cette opinion a pourtant été soutenue par plusieurs auteurs, et entre autres par Eyrel, qui avait même prétendu que lors-

(1) *Recherch. physiol. et de chimie pathol.*, p. 195. — *Le pneumonique* exhalait 5,924 pouces cubes d'acide carbonique, tandis qu'un homme robuste et bien portant en expirait 16,204 pouces cubes.

que les deux poumons étaient pris à la fois, les deux côtés étaient également immobiles, et que la respiration devenait alors complétement abdominale (1).

Si on réfléchit qu'un des premiers effets de l'inflammation phlegmoneuse est d'accroître le volume des organes, il semble assez naturel de supposer que, lorsque l'hépatisation est complète et qu'elle occupe un certain espace, elle doit avoir pour résultat de dilater la partie correspondante de la poitrine. Nous avons déjà dit que les auteurs avaient émis sur ce point des opinions contradictoires. On sait que Broussais ne doutait pas qu'un poumon enflammé dans sa totalité, pût dilater le côté correspondant de la poitrine. Cette proposition fut combattue par Laënnec qui, ayant examiné les dimensions du thorax chez les pneumoniques, tant sur le vivant que sur le cadavre, n'avait jamais pu apercevoir le moindre degré de dilatation dans le côté affecté. M. Andral a adopté cette dernière opinion, et, plus récemment, M. le docteur Woillez (2), ayant mesuré comparativement les deux côtés de la poitrine chez 2 malades atteints de pneumonie, pendant la période aiguë de la maladie, a trouvé que la configuration du thorax n'avait jamais rien présenté d'anormal. Pendant les années 1835 et 36, j'ai mesuré avec le lien et avec le compas d'épaisseur, le thorax de 4 individus affectés de pneumonie au deuxième degré, et toutes assez étendues ; mais je ne suis arrivé qu'à des résultats purement négatifs. Cependant, je renonçai bientôt à ce genre de recherches, car, étant obligé de les faire pendant la période la plus aiguë de la maladie, la plupart des malades ne pouvaient, en raison de leurs souffrances et de leur anxiété, garder assez longtemps la même position, ce qui exposait à commettre de graves erreurs ; en outre, la fatigue qui accompagnait toujours cet examen, le danger qu'on faisait courir aux malades, en les exposant pendant longtemps dépouillés de leurs vêtemens au contact de l'air, m'ont fait un impérieux devoir de cesser des recherches qui, en définitive, pouvaient conduire à quelque résultat curieux pour la science, mais stérile pour la pratique.

Cependant, je n'hésite pas à croire que le poumon enflammé, et indépendamment de tout *épanchement pleurétique*, peut, par

(1) *Comment. in* M. Stoll Aph. p. 76.

(2) *Rech. prat. sur l'ins. et la mensur. de la poitrine*, p. 387.

lui-même déterminer une dilatation partielle ou générale du côté correspondant de la poitrine. Cette manière de voir s'appuie sur les deux observations suivantes. Un homme de soixante ans, d'une bonne santé et n'ayant point l'*haleine courte*, entra il y a un an à l'Hôtel-Dieu, dans le service dont j'étais alors provisoirement chargé. Ce malade était arrivé au troisième jour d'une pneumonie déjà parvenue au deuxième degré, qui occupait la moitié supérieure du poumon droit et dont les phénomènes stéthoscopiques étaient surtout marqués antérieurement. En examinant la configuration de la poitrine, je m'aperçus que le côté droit offrait en avant une légère voussure qui s'étendait de la première côte jusqu'au mamelon. Je ne pensai pas, tout d'abord, que cette saillie pût dépendre de la pneumonie; mais les jours suivans, ayant vu cette voussure augmenter à mesure que la maladie faisait des progrès, le creux sous-claviculaire qui était bien marqué le jour de l'entrée étant tout-à-fait effacé trois jours plus tard, je n'hésitai pas alors à regarder l'inflammation du poumon comme etant la cause véritable de la déformation de la poitrine que j'observais. Le malade ayant succombé, je pus me convaincre en effet que l'hépatisation existait sans complication d'épanchement pleurétique. Le fait suivant est encore plus remarquable, parce qu'il est plus concluant. Un jeune homme de 24 ans entra en 1839 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Honoré); il était affecté d'une pneumonie peu grave, occupant le sommet du poumon droit. Lorsque je l'examinai pour la première fois, il était arrivé au cinquième jour de la maladie; la conformation de la poitrine ne présentait rien d'anormal, si ce n'est que les dépressions sus et sous-claviculaires du côté droit étaient presque effacées, tandis qu'elles étaient très marquées du côté gauche. Le surlendemain, la pneumonie ayant fait des progrès vers la résolution, les creux sus et sous-claviculaires droits commençaient à être plus marqués; enfin deux jours après ils étaient devenus tout à fait semblables à ceux du côté opposé. Ainsi ce dernier fait nous montre d'une manière certaine que le thorax peut se dilater dans le point qui correspond à une portion de poumon hépatisée; à mesure que la pneumonie se résout, on voit la poitrine revenir progressivement à sa conformation naturelle. Je rechercherai plus tard si un rétrécisse-

ment de la cage thoracique a été quelquefois observé consécutivement à une pneumonie simple.

## § VII. — *Percussion thoracique.*

La percussion fournit au diagnostic de la pneumonie des signes importans. Lorsque l'inflammation occupe la surface du poumon, elle a pour effet constant, suivant le degré auquel elle est parvenue, d'obscurcir ou même de rendre complétement mat le son de la poitrine dans les points correspondans. On s'explique facilement cette circonstance, lorsqu'on se rappelle que la pneumonie rend le poumon moins perméable à l'air, et qu'elle finit par transformer son tissu, naturellement souple et crépitant, en un corps solide et imperméable à l'air. Dans le premier degré de la maladie, lorsque le bruit respiratoire est seulement affaibli, et à plus forte raison lorsque déjà l'oreille distingue de la crépitation, la percussion de la poitrine faite au niveau des parties malades, indique quelquefois que celles-ci résonnent moins bien que dans l'état de santé, ce dont on peut se convaincre facilement en percutant comparativement le côté sain dans le point correspondant. A mesure que le tissu pulmonaire devient moins perméable, le son est de plus en plus obscur; enfin il devient complétement mat lorsque la pneumonie a passé à l'état d'hépatisation rouge ou grise. Ces résultats diffèrent un peu de ceux de Laënnec. Ce grand observateur a en effet prétendu (1) que dans le premier degré de la maladie, lorsqu'on entend déjà de la crépitation, la poitrine résonne encore bien; c'est, dit-il, lorsque l'engouement est fort étendu et déjà voisin de l'hépatisation que le son commence à devenir un peu plus obscur. Il pense même (2) que dans certaines hépatisations des lobes inférieurs, la percussion ne donnera souvent aucun résultat, à cause de la faible sonoréité que la poitrine rend dans ces points chez certains individus. Il est vrai que chez quelques personnes fortement musclées, la poitrine à l'état normal rend partout un son obscur ou presque mat; cela a lieu surtout dans les points recouverts par le scapulum, et en particulier dans la fosse sus-épineuse; mais même alors la percussion

(1) T. Ier, p. 517 et 518.
(2) Id. p. 523.

est encore utile; je pourrais même dire qu'elle est aussi avantageuse que l'auscultation elle-même. Dans les cas dont je parle, ce n'est pas la nature du son, plus ou moins clair ou obscur, qui doit préoccuper le praticien; mais il doit étudier surtout la sensation qu'il éprouve au bout des doigts qui percutent. Si en effet, chez un sujet fortement musclé, on percute le thorax au niveau des fosses sus et sous-épineuse, on n'obtiendra pour l'oreille qu'un son obscur ou même presque mat; cependant dans ces cas, si le tissu pulmonaire subjacent est intact, les doigts éprouvent une sensation toute particulière d'élasticité, tandis que, si le poumon est le siége dans ce point d'une altération qui a rendu son tissu moins souple, on percevra au contraire une sensation de dureté, de résistance, qui sera proportionnée au degré d'imperméabilité de l'organe. Pour moi, toutes les fois que je percute une poitrine, je fais plus attention à cette sensation d'élasticité ou de résistance qu'au son que j'obtiens. Il arrive fréquemment en effet, que dans la pneumonie au premier degré, et quelquefois même dans les deuxième ou troisième degrés, si ceux-ci occupent la fosse sus-épineuse, il arrive, dis-je, que la percussion faite avec le plus grand soin, et comparativement des deux côtés, l'oreille ne peut saisir aucune nuance de son, tandis que les doigts perçoivent du côté sain la sensation d'élasticité, et du côté malade celle de dureté et de résistance.

On pourra, eu égard au défaut de son et d'élasticité de la poitrine, limiter exactement la pneumonie et la suivre dans ses progrès ultérieurs. Mais pour que la percussion fournisse quelque signe, il est nécessaire que l'altération des poumons occupe un certain espace; c'est ainsi que dans la pneumonie lobulaire simple, elle ne donne à peu près aucun résultat. Tout ce que je viens de dire de la percussion s'applique aussi bien aux pneumonies primitives qu'aux pneumonies secondaires, à celles qui affectent les adultes comme à celles qui surviennent chez les vieillards.

Quelques personnes ont accordé peu de valeur à la percussion qu'on observe chez les jeunes sujets : à cet âge, en effet, la poitrine est très sonore, de sorte que dans un grand nombre d'hépatisations même étendues et assez complètes, la poitrine résonne encore beaucoup. Dans ces cas il ne faut pas

s'attendre à une matité *absolue*, mais bien à une matité *relative*; et en comparant alors les résultats que la percussion donne dans l'un et l'autre côté et dans les points correspondans, il sera en général facile de trouver une différence entre le côté sain et le côté malade. Ainsi MM. Valleix et Vernois ayant percuté avec soin la poitrine de 37 enfans nouveau-nés atteints de pneumonie, ont trouvé une matité notable dans 32 cas; elle était faible deux fois et tout-à-fait nulle chez 3 sujets. Ainsi on voit qu'en pratiquant la percussion convenablement *et comparativement des deux côtés*, on arrivera à peu près aux mêmes résultats chez l'enfant que chez l'adulte. Il faut convenir pourtant que chez le premier il est quelques cas difficiles ; c'est ainsi que lorsque la pneumonie est double et qu'elle affecte les points correspondans de l'un et l'autre poumon, on ne peut plus avoir quand on percute de point de comparaison. Mais alors on pourra déterminer le degré de perméabilité des poumons d'après la sensation d'élasticité ou de résistance que les doigts éprouvent quand ils frappent la poitrine. C'est ainsi que sur plusieurs jeunes sujets chez lesquels l'hépatisation n'était pas encore complète, la percussion, pratiquée avec le plus grand soin et avec une force différente, ne pouvait faire distinguer par l'oreille aucune modification dans la sonoréité, tandis que ma main percevait déjà une résistance, qui augmentait à mesure que la maladie faisait des progrès, et finissait par coexister avec un son complétement mat et tous les phénomènes d'auscultation qui caractérisent le deuxième degré de la maladie.

## § VIII. — *Des symptômes fournis par l'auscultation.*

1° *Modification dans l'intensité du bruit respiratoire.* L'auscultation fournit dans l'étude de la pneumonie des signes d'une grande importance, aussi utiles au diagnostic de la maladie qu'ils sont précieux pour établir le pronostic et saisir les indications thérapeutiques. Presque tous les auteurs qui, depuis Laënnec, ont écrit sur la pneumonie, ont indiqué le *râle crépitant* comme étant un phénomène qu'on pouvait en général constater dès le début, et qui existait avant même que les crachats pussent faire reconnaître la nature de la maladie.

Cependant M. Stokes (1), s'appuyant sur quelques observa-

(1) *Diseases of the chest*. p. 324.

tions encore fort peu nombreuses, dit qu'il était porté à croire qu'une respiration puérile précédait la crépitation d'une ou plusieurs heures. Le médecin de Dublin rapporte avoir observé chez trois malades une apparition subite de la respiration puérile dans un point circonscrit de la poitrine, deux fois ce phénomène fut remplacé par du râle crépitant, tandis que chez le troisième individu une saignée faite à propos empêcha la maladie de faire de nouveaux progrès. J'ai précédemment décrit l'état anatomique qui, d'après Stokes, coïnciderait avec ces phénomènes d'auscultation. Dès l'année 1836 (1) j'avais moi-même remarqué que, dans un certain nombre de pneumonies, la crépitation était précédée, pendant un temps plus ou moins long, par une faiblesse du bruit respiratoire qui souvent aussi avait perdu sa pureté et son moelleux. J'avais à cette époque regardé ces phénomènes comme devant indiquer le premier degré de la fluxion sanguine. Les faits que j'ai observés depuis cinq ans sont venus confirmer ces premières observations. Ainsi ayant eu l'occasion chez sept malades affectés de pneumonie d'explorer la poitrine dès le début, ou du moins dans les premières heures de l'affection, j'ai vu que chez cinq d'entre eux la faiblesse du bruit respiratoire avait été le premier phénomène stéthoscopique; dans les deux autres cas, la maladie, datant déjà de dix et treize heures, je trouvai de la crépitation ; toutefois il est probable que si les malades avaient été soumis à mon observation un peu plus tôt, j'aurais observé, comme chez les premiers, une affaiblissement dans le murmure respiratoire. Ainsi ces faits, quoique peu nombreux encore, me portent cependant à admettre que, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, un affaiblissement dans la force du bruit respiratoire est le premier phénomène stéthoscopique qui marque le début des pneumonies; mais pour le constater il faut pouvoir explorer les malades dans les momens les plus rapprochés de l'invasion de la pneumonie, car lorsque celle-ci est parvenue même au commencement du deuxième jour, je n'ai trouvé la faiblesse du bruit respiratoire que chez un 16[e] des sujets. A la fin du troisième jour on ne l'observe plus que sur un 25[e], et elle devient d'autant plus rare, comme phénomène primitif, qu'on s'éloigne davantage de

(1) *Journ. hebd.* 1836, t. III. *Mémoire sur la pneumonie.*

l'époque du début. Toutefois, chez trois malades j'ai vu l'affaiblissement du bruit respiratoire exister dans un espace circonscrit jusqu'au huitième jour, et ce ne fut qu'à cette époque que l'auscultation fit constater l'existence de nouveaux phénomènes. Je n'ai jamais observé, *au début* de la pneumonie et comme premier phénomène stéthoscopique, la respiration puérile que M. Stokes dit avoir rencontrée chez plusieurs de ses malades. Toutefois, j'admets qu'elle peut exister dans quelques cas rares, puisque, comme je le dirai plus tard, j'ai moi-même rencontré ce phénomène plusieurs fois dans les points des poumons qui furent envahis consécutivement. La faiblesse du bruit respiratoire ou la respiration puérile, après avoir persisté pendant deux, six, douze ou vingt-quatre heures, sont généralement remplacées par d'autres phénomènes stéthoscopiques et presque toujours par le râle crépitant.

2° *Râle crépitant*. Celui-ci donne à l'oreille qui l'ausculte l'image de bulles très-petites, égales entre elles, sèches, plus ou moins nombreuses, et qui ne sont perçues que pendant le temps de l'inspiration. Laënnec (1) a donné à ce râle le nom de *crépitant*, parce que le bruit qu'il produit ressemble assez exactement à celui qu'on entend lorsqu'on jette du sel marin sur des charbons ardens; on peut aussi le comparer à celui que donne une vessie sèche qu'on insuffle, ou bien encore à celui que fait entendre le tissu d'un poumon sain et gonflé d'air que l'on presse entre les doigts; enfin, le docteur Williams (2) compare la crépitation de la pneumonie à la sensation que donne le froissement d'une mèche de cheveux renfermés dans la conque de l'oreille ou le conduit auditif interne. Ce sont-là de petites nuances d'un même phénomène. Cependant la crépitation ne se présente pas toujours avec les caractères que j'ai précédemment indiqués, et qui en font alors un signe pathognomonique. Ainsi, chez 34 malades, le râle crépitant primitif était formé par des bulles moins nombreuses, moins égales entre elles, plus grosses et assez humides, se rapprochant plus ou moins du râle sous-crépitant qu'on observe dans les bronchites capillaires. Cependant l'existence de ce râle dans un point circonscrit, des crachats caractéristiques qu'on observait chez tous les malades, les symptômes

(1) T. I^er^, p. 121.
(2) *Stokes, loc. cit.*, p. 325, et *Cyclop.* t. III, art. *Pneumonia.*

généraux et les phénomènes stéthoscopiques qui survenaient consécutivement, indiquaient qu'on ne pouvait rattacher qu'à une pneumonie la crépitation à bulles grosses et humides qu'on rencontrait alors. Ce râle sous-crépitant a été observé par moi dans toutes les saisons et à tous les âges. Cependant il a existé en proportion plus considérable chez les individus qui avaient plus de 50 ans, et spécialement chez les vieillards qui comptaient plus de 70 ans. Cette remarque se trouve confirmée par les recherches de MM. Hourmann et Dechambre (1), qui disent avoir très rarement rencontré chez les vieillards le râle crépitant avec les caractères qu'il présente chez l'adulte; ses bulles étaient en effet plus grosses, plus larges et surtout plus humides. Il peut arriver aussi que, sous l'influence de certaines constitutions régnantes, on n'observe chez tous les individus affectés de pneumonie qu'une crépitation humide et grosse. C'est ce qui a eu lieu pendant la grippe de 1837. Ainsi, sur 18 pneumonies que j'observai à cette époque, et dont je recueillis l'histoire avec soin, aucune ne m'offrit la crépitation caractéristique. Cette particularité me frappa d'autant plus, que faisant alors des cours pratiques d'auscultation, je ne pus pendant longtemps trouver, dans les salles de la Clinique et dans plusieurs autres services de l'Hôtel-Dieu, aucune pneumonie qui présentât le râle crépitant à bulles petites et sèches que je désirais vivement faire entendre aux personnes qui suivaient mes leçons.

Quels que soient l'abondance, le volume et le degré de sécheresse ou d'humidité que présentent les bulles de la crépitation pneumonique, j'ai dit précédemment qu'on ne les entendait guère que pendant l'inspiration. Tantôt alors ce râle est perçu également pendant toute la durée de l'inspiration; d'autres fois la première moitié de l'inspiration est pure, mais plus ou moins affaiblie, et la crépitation n'apparaît qu'à la fin de ce temps. Il n'est même pas très rare de rencontrer des malades chez lesquels la crépitation n'est nullement entendue, soit pendant les inspirations ordinaires, soit même lorsqu'ils font une respiration profonde; il faut, dans ce cas, faire tousser une ou plusieurs fois de suite, et l'on perçoit alors la crépitation, soit pendant les secousses mêmes de la toux, soit dans les grandes inspirations qui les suivent. Il importe dans tous les cas de pneumonies

(1) *Loc. cit.*, t. XII, p. 45.

qui ne se révèlent d'abord par aucun phénomène stéthoscopique, de faire tousser les malades pendant qu'on ausculte la poitrine, et l'on est souvent fort étonné de constater l'existence d'une crépitation tout à fait caractéristique, dans des points où le murmure respiratoire entendu pendant les inspirations ordinaires paraissait avoir sa force et sa pureté habituelles. C'est en procédant ainsi que je suis parvenu à diagnostiquer souvent l'existence de pneumonies qui semblaient ne se révéler encore par aucun symptôme local. Il faut admettre que dans ces cas la phlegmasie est située plus ou moins profondément; que les parties enflammées sont séparées de l'oreille de l'observateur par une couche de tissu pulmonaire sain, qui est un mauvais conducteur des bruits qui se font profondément ; ceux-ci d'ailleurs se trouvent masqués par le murmure naturel de la respiration qui se passe plus superficiellement. Dans la plupart des cas, dans les points de la poitrine où l'oreille perçoit la crépitation, le bruit respiratoire naturel est affaibli, moins distinct ; il finit bientôt par être complétement masqué, ou plutôt remplacé par le râle crépitant.

La crépitation caractérise l'engouement pulmonaire, ou le premier degré de la pneumonie : c'est un signe d'autant plus important à signaler, qu'il existe ordinairement dès le début de la maladie, et qu'il est, dans la presque totalité des cas, le premier phénomène stéthoscopique qu'on peut constater. Nous avons vu précédemment que parfois il était précédé, pendant quelques heures, pendant un ou plusieurs jours, par une diminution dans l'intensité du bruit respiratoire, et quelquefois, d'après Stokes, par une respiration puérile; mais il ne tarde pas alors à succéder à ces premiers phénomènes. Pour donner une idée de la fréquence de la crépitation dans la pneumonie, et pour avoir par là une idée de son importance séméiotique, il me suffira de dire qu'on pourrait établir comme une sorte de loi pathologique, que, lorsque la pneumonie se révèle par quelque signe stéthoscopique, la crépitation en est le phénomène le plus constant; tantôt alors elle survient dès le début, et comme symptôme primitif ; d'autres fois elle est consécutive aux autres signes fournis par l'auscultation. Je n'ai vu jusqu'à présent que quatre pneumonies dans lesquelles il est certain pour moi que le râle crépitant n'a eu lieu à aucune époque de la maladie; chez

dix autres malades, la crépitation a paru manquer au début de l'affection; elle n'est survenue que consécutivement à ce phénomène que nous étudierons bientôt sous le nom de respiration tubaire ou bronchique.

Tout porte à croire que le râle crépitant se passe dans les vésicules pulmonaires, dont les parois sont épaissies par le travail inflammatoire et dont la cavité est obstruée par les mucosités qui y sont sécrétées. On a dit que les petites bulles qui constituent ce râle semblent égaler en volume les vésicules pulmonaires, et que ces bulles étant aussi toutes égales entre elles, c'était une nouvelle raison pour supposer qu'elles naissaient dans des cavités, ayant à peu près les mêmes dimensions.

Mais comment expliquer la formation du râle sous-crépitant? Quelques personnes n'ayant en vue que ce qui se passe chez les vieillards, attribuaient, avec quelque apparence de raison, le râle sous-crépitant qu'on observe dans la pneumonie de cet âge, à ce que les cellules pulmonaires sont plus amples et plus larges. Mais si on se rappelle que chez les jeunes enfans compris entre la naissance et cinq ans, les vésicules pulmonaires ont une disposition tout à fait inverse, et que chez eux cependant la véritable crépitation est fort rare, tandis que le râle sous-crépitant est beaucoup plus commun, on sera, je crois, porté à admettre que l'ampleur plus ou moins grande des vésicules n'est pas la cause, ou du moins la cause unique de la forme, du volume, du degré de sécheresse et d'humidité que présentent les râles crépitant et sous-crépitant. La nature, le degré de consistance du liquide exhalé dans les vésicules pulmonaires a été aussi regardé par quelques personnes comme pouvant expliquer la formation du râle crépitant. Ainsi, suivant M. Rob. Spittal (1), le râle crépitant doit être attribué à la rupture des innombrables bulles très petites qui se forment dans les cellules du poumon par le mélange de l'air avec le liquide séreux qui y est exhalé. Pour prouver son assertion, le médecin d'Édimbourg s'est livré à une série d'expériences. Si, dit-il, l'on approche de son oreille un vase contenant un liquide d'une densité à peu près semblable à celle du sérum, un verre de bière par exemple à la surface duquel soient des bulles très nombreuses et très petites, on

(1) *A treatise on auscultation*, in-8°. Édimbourg, 1830.

entendra un bruit très semblable à celui du râle crépitant. L'auteur a introduit dans des fioles de même capacité, des quantités à peu près égales de liquides ayant une densité et une viscosité différentes; il les agitait, auscultait le vase lorsque les petites bulles d'air venaient crever à la surface, et il s'est assuré dans ces expériences que les fluides séreux étaient ceux dont les bulles donnaient à l'oreille une sensation tout à fait analogue à celle du râle crépitant de la pneumonie. M. Spittal a aussi remarqué qu'en rendant le liquide plus épais, la crépitation diminuait; et qu'elle était tout à fait nulle, si au lieu d'un fluide séreux on se servait d'un mucilage pur.

Il est difficile de concilier le résultat de ces expériences avec ce qu'on observe tous les jours au lit des malades. Si, en effet, on veut comparer s'il existe un rapport entre la viscosité de l'expectoration et la nature de la crépitation, on peut aisément se convaincre que la crépitation petite et sèche, que le râle sous-crépitant à bulles humides et grosses se rencontrent indifféremment avec des matières expectorées fort diverses entre elles, sous le rapport de la consistance, de la viscosité et de la coloration. On peut même dire que l'examen clinique conduirait à des résultats tout à fait opposés à ceux que M. Spittal a indiqués. En effet, c'est au début et dans le premier degré de la pneumonie que les crachats sont le plus visqueux et le plus tenaces, et c'est alors aussi qu'existe la crépitation la plus nombreuse, la plus fine et la plus sèche; celle-ci devient plus humide et ses bulles augmentent d'ampleur, lorsque la pneumonie rétrograde du deuxième au premier degré, et à cette époque cependant les crachats ont perdu une partie ou même toute leur viscosité; quelquefois même ils sont fluides, presque séreux, tout-à-fait semblables à une solution peu concentrée de gomme arabique, c'est-à-dire que dans ce dernier cas la matière expectorée étant dans les conditions que M. Spittal indique pour obtenir la véritable crépitation, on n'entend cependant qu'un râle à bulles plus grosses et plus humides.

Il résulte de ce qui précède que la viscosité et la consistance de l'expectoration n'ont pas d'influence évidente sur l'ampleur et le degré de sécheresse ou d'humidité des bulles de râle crépitant ou sous-crépitant. Nous voyons la crépitation

naître dans les cas où les vésicules pulmonaires sont perméables, mais dont la cavité obstruée par des mucosités, se trouve aussi rétrécie par l'épaississement de leurs parois. Voilà les conditions anatomiques avec lesquelles coïncide la crépitation. Quant au mécanisme de ce phénomène, je crois qu'il échappe jusqu'à présent à toutes les explications qu'on a voulu en donner.

3° *Respiration bronchique.* Lorsque la pneumonie fait des progrès, et qu'elle passe de l'état d'engouement au degré d'hépatisation rouge, l'auscultation révèle l'existence de cette nouvelle altération, en faisant entendre au niveau des parties malades le souffle tubaire ou respiration bronchique.

Ce signe, parfaitement décrit par Laënnec, se reconnaît en ce que le murmure naturel de la respiration se trouve remplacé par un bruit rude, sourd ou métallique, qui ressemble à celui qu'on produirait en soufflant dans un tube de bois ou d'airain. Dans la plupart des cas, le passage du premier au deuxième degré est assez brusque, et la crépitation, qui était d'abord le seul phénomène stéthoscopique, se trouve, quelques heures après, mêlée à une respiration soufflante.

Cependant, chez quelques malades, la transition de la crépitation à la respiration bronchique n'est pas aussi rapide que nous venons de le dire, et l'on entend alors, sinon dans tous les points affectés, du moins dans quelques-uns d'entre eux, un bruit particulier, tout-à-fait caractéristique, et que nous nommerons *bruit de taffetas*. Il donne en effet à l'oreille qui ausculte la sensation d'un morceau de taffetas neuf qu'on déchire ; d'autres fois il se rapprochera davantage du froissement d'une robe de soie. Ce bruit n'existe jamais que pendant l'inspiration. Souvent, pour le découvrir ou le rendre plus sensible, on est obligé de faire tousser les malades, ou bien de leur commander une inspiration profonde. Dans la plupart des cas, le bruit de taffetas existe concurremment avec la crépitation fine et sèche. On peut l'observer indistinctement dans tous les points de la poitrine ; cependant, il est beaucoup plus fréquent dans le fond de l'aisselle, sur le bord antérieur du poumon et dans la partie externe de la fosse scapulaire. Je regarde ce bruit comme étant un signe d'hépatisation, et autant que je puis en juger d'après un seul fait, je crois qu'il caractérise une induration qui est encore limitée à la surface du poumon. En

1835, une vieille femme mourut à la Clinique avec une pneumonie du lobe inférieur du poumon; dans le dernier jour de l'existence, je découvris vers le bord antérieur de l'aisselle et dans la plus grande partie de la région sus-mammaire et du même côté, un bruit sec et rude mêlé à de la crépitation, et que plusieurs des personnes qui l'entendirent en même temps que moi comparèrent au froissement du taffetas ou du parchemin. Je l'entendis encore distinctement pendant l'agonie. Le lendemain, à l'autopsie, examinant en particulier la portion du poumon au niveau de laquelle j'avais entendu ce bruit, je découvris une induration rouge, n'affectant qu'une couche très-mince du parenchyme pulmonaire, ayant de 1 à 6 millimètres.

On conçoit très bien que lorsque, dans des cas pareils au précédent, il n'y a d'indurée que *l'écorce* ou la couche la plus superficielle du poumon, l'air est obligé de s'arrêter dans des cavités un peu plus amples que les vésicules qui sont obtruées ou oblitérées; mais ces tuyaux superficiels ont eux-mêmes un volume fort peu considérable, et la colonne d'air qui les traverse y retentit infiniment moins que lorsqu'elle s'arrête dans des tuyaux plus amples comme dans les cas où l'hépatisation occupe toute l'épaisseur d'un lobe. J'ai vu 7 malades chez lesquels le bruit de taffetas survint après la crépitation; la pneumonie resta quelques jours stationnaire, puis se termina par résolution sans qu'on ait jamais observé dans ces cas la respiration bronchique proprement dite. Chez 10 autres malades, au contraire, le bruit de taffetas sembla opérer la transition du premier au deuxième degré; on le vit en effet, après un deux ou trois jours, être remplacé par un souffle tubaire très intense. Cette transition peut se faire rapidement: ainsi j'ai vu deux malades qui, auscultés au moment de la visite, me présentèrent un bruit de taffetas sans mélange d'aucun autre bruit morbide; étant revenu les explorer de nouveau une demi-heure après pour compléter mon observation, je fus fort surpris de voir que le bruit de taffetas avait complétement cessé, et avait été remplacé par une respiration franchement bronchique. Mais, dans tous les autres cas, la transformation a été graduelle et beaucoup plus lente. Ainsi, à mesure que le bruit de taffetas devenait plus rude, l'expiration, qui était nulle auparavant, commençait à être perçue; elle était plus ou moins prolongée; bientôt elle

prenait un timbre un peu bronchique; enfin, peu à peu le souffle finissait par envahir l'inspiration elle-même. Dans la presque totalité des cas la respiration tubaire se déclare sans bruit intermédiaire, et existe concurremment avec la crépitation. Son début est plus ou moins rapide, suivant l'intensité de la pneumonie.

Un jeune médecin, excellent observateur, et prématurément enlevé à la science, J. Jackson, de Boston, avait remarqué dès l'année 1831 ou 32, que dans la pneumonie l'expiration était prolongée et soufflante avant que l'hépatisation fût assez avancée pour donner lieu à l'inspiration bronchique (1). Cette remarque importante faite par Jackson est de la plus grande exactitude. Ainsi sur 24 malades que j'observai pour la première fois à une époque où il n'y avait encore que de la crépitation, et chez lesquels je notai avec le plus grand soin le développement et la marche suivie par la respiration tubaire, il y en a 21 chez lesquels le phénomène a commencé par être perçu *exclusivement pendant le temps de l'expiration.* Chez les 3 autres malades le souffle fut entendu simultanément pendant l'inspiration et l'expiration; mais chez 2 d'entre eux il avait son maximum d'intensité et de durée dans le deuxième temps de la respiration. Lorsque la maladie fait de nouveaux progrès, et à mesure que l'hépatisation devient plus générale et plus complète, on voit la crépitation diminuer d'abondance, puis cesser tout à fait; le souffle tubaire prend un timbre toujours plus rude, devient de plus en plus marqué, pendant l'inspiration; enfin il finit par prédominer, et parfois même il n'existe plus que pendant ce premier temps de la respiration.

Pour que la respiration bronchique soit produite, il faut que le poumon soit induré, et que la plupart ou la totalité de ses vésicules étant devenues imperméables à l'air, ce fluide s'arrête dans les grosses divisions bronchiques. Suivant M. Stokes une autre condition serait encore nécessaire pour la production du phénomène. Cet habile médecin pense en effet, que pour que la respiration tubaire ait lieu, il faut qu'il

(1) *A memoir of James Jackson which he extracts from his letters to his father and medical cases.* Boston 1835, et *Mémoires de la société méd. d'obs.*, t. 1er, *avertissement de M. Louis*, p. 14.

existe un certain degré d'expansion du côté malade, pendant l'acte de la respiration. Si, dit-il, tout le poumon est hépatisé, la respiration bronchique cesse, le côté malade reste fixe, presque immobile, ce qui résulte évidemment d'un défaut d'expansion pulmonaire; si le sommet du poumon redevient perméable ou si un abcès se forme et se vide, l'air pouvant alors circuler librement dans les tuyaux bronchiques, on entendra de nouveau la respiration tubaire. M. Stokes affirme avoir vérifié plusieurs fois ce dernier phénomène. Il ajoute que, pour que le souffle se reproduise, il n'est pas nécessaire que la portion perméable ait une grande étendue, puisqu'il cite un cas où celle-ci ne formait pas la sixième partie du poumon; cependant elle avait été suffisante pour ramener la respiration bronchique dans la partie solidifiée.

J'admets les faits de M. Stokes, mais je ne saurais adopter son explication. Je ne crois pas avec lui qu'il soit nécessaire pour que la respiration bronchique ait lieu, que le poumon jouisse dans une portion de son étendue de sa force d'expansion. En effet, lorsque l'organe est complétement induré et qu'il forme un tout solide, si, ce qui arrive presque toujours, ses gros tuyaux bronchiques sont perméables, lors même que le côté correspondant de la poitrine serait inactif pendant l'acte de la respiration, rien pourtant ne pourrait empêcher qu'une portion de l'air qui arrive à chaque inspiration dans la trachée ne pénètre facilement dans les bronches et leurs ramifications principales. Or, l'observation clinique confirme pleinement ces idées théoriques. J'ai observé, en effet, 5 pneumonies dans lesquelles l'hépatisation occupait tout le poumon, et cependant chez trois d'entre eux la respiration bronchique a persisté sans interruption jusqu'à la mort. Chez le quatrième malade, ce phénomène cessa d'être perçu dans les deux derniers jours de l'existence. Toutefois on distinguait, dans plusieurs points du poumon, divers râles qui indiquaient du moins d'une manière positive que l'organe, quoique complétement hépatisé et non expansible, était néanmoins encore perméable à l'air extérieur. Enfin chez le cinquième sujet il y eut absence de toute espèce de bruit, quoiqu'il y eût bien encore un cinquième du poumon qui fût sain ou seulement un peu engoué. J'ai observé 9 autres malades, tous affectés d'une hépatisation limitée à un seul

lobe ou bornée à un espace encore plus petit, et chez lesquels cependant l'auscultation n'a fait entendre pendant plusieurs jours, ni crépitation ni souffle, ni aucune espèce de bruit naturel ou pathologique. Laënnec avait lui-même observé déjà dans son immortel ouvrage (1) que l'absence du râle crépitant et du bruit respiratoire était souvent le seul signe de l'hépatisation. Chez les 9 malades dont j'ai parlé, et qui tous succombèrent, je cherchai à déterminer sur le cadavre les conditions qui pouvaient expliquer cette absence de tout bruit au niveau d'un lobe complétement hépatisé. J'ai fendu les bronches dans toutes les ramifications où des ciseaux déliés ont pu pénétrer, et je n'ai trouvé nulle part d'oblitération; le tissu était ferme et résistant. Chez 7 de ces individus le poumon examiné pendant longtemps et sous tous les rapports ne m'a présenté aucune condition particulière capable d'expliquer l'anomalie que j'avais observée pendant la vie; sur les deux autres cadavres le poumon malade offrait un tissu flasque, mollasse, l'organe placé sur une table s'affaissait et se déformait; en outre au centre de l'un d'eux, vers la racine des bronches et dans l'étendue de plus de 12 centimètres, le tissu pulmonaire était plus mou que partout ailleurs, il était splénisé, et avait tout à fait l'aspect de ces rates ramollies et diffluentes qu'on rencontre si souvent chez les sujets qui succombent du 5e au 25e jour de la fièvre typhoïde. On peut admettre ici que la flaccidité du tissu pulmonaire, que sa splénisation avait pu déprimer, aplatir les grosses bronches et avait dû par là s'opposer à la libre circulation de l'air et par conséquent à la production de toute espèce de bruit.

4° *Bronchophonie.* La respiration bronchique n'est pas le seul phénomène qui se produit dans les points des poumons qui sont hépatisés. Si en effet, pendant que l'oreille est appliquée au niveau des parties indurées on fait parler les malades, on distingue alors un retentissement de la voix dont l'intensité est comme celle de la respiration tubaire, en rapport avec le degré et l'étendue de l'hépatisation. Cette résonnance de la voix est *diffuse*, non *articulée*; elle a un timbre sourd, bruyant ou métallique; si on ausculte avec le stéthoscope, elle ne le traverse point comme le ferait la pectoriloquie parfaite. Laënnec a donné à ce phé-

(1) *Loc. cit.*, p. 326.

nomène le nom de *bronchophonie*. Il ne se présente avec les caractères que je viens d'indiquer que dans les cas où le parenchyme pulmonaire est complétement induré dans une épaisseur plus ou moins considérable. Dans le premier degré de la pneumonie, lorsqu'il n'y a encore qu'une respiration faible et une crépitation plus ou moins nombreuse, ou bien encore lorsque la respiration est rude et sèche, l'auscultation de la voix n'indique rien de spécial dans la moitié des cas; tandis que chez les autres malades elle fait percevoir un retentissement plus ou moins considérable qui est une exagération de celui qui existe à l'état normal, mais qui est loin encore de ressembler au phénomène de la broncophonie. Dès que l'expiration est devenue soufflante, la broncophonie, ou pour le moins un retentissement très fort de la voix existe à peu près constamment.

Il n'est pas rare d'observer dans la pneumonie, surtout dans le tiers ou le quart inférieur postérieur de la poitrine, un retentissement qui participe à la fois de l'égophonie et de la broncophonie, et qu'il convient par cela même d'appeler *broncho-égophonie*. Ce phénomène paraît dépendre de ce que l'hépatisation pulmonaire coexiste avec un épanchement assez abondant dans la plèvre. Toutefois, chez quelques personnes dont la voix est naturellement aigre et criarde, ce phénomène, ou même une véritable égophonie peuvent être entendus sans qu'il y ait cependant aucun épanchement; c'est ce que j'ai surtout constaté chez quelques vieillards.

5° *Phénomènes d'auscultation dans les parties voisines de la pneumonie*. Lorsqu'une partie ou la totalité d'un poumon se trouvant ainsi transformée en un corps solide et compact, est devenue impropre à la respiration, les parties voisines, et surtout le poumon du côté opposé, doivent suppléer l'organe malade. On a dit que lorsqu'une plus grande quantité de sang et d'air pénétraient dans les parties saines il en résultait pour elles un surcroît d'activité qui se révélait à l'auscultation par une intensité inaccoutumée du bruit respiratoire. Toutefois, l'observation clinique me paraît démontrer que la respiration puérile n'est pas un phénomène ordinaire, ni même fréquent dans les cas dont je parle. C'est ainsi que sur 36 malades, chez lesquels j'ai noté avec soin l'état de la respiration du côté sain, je n'en ai trouvé que trois qui eurent une respiration puérile; chez six autres individus ce

phénomène existait du côté malade et dans des points très rapprochés du siége même de la pneumonie; parmi ces derniers il y en a deux chez lesquels la respiration puérile se transforma successivement en respiration bronchique. Il est plus fréquent de voir les parties voisines de l'engouement et de l'hépatisation présenter parfois même sur une très large surface un affaiblissement du murmure respiratoire, lequel a néanmoins conservé son moelleux et toute sa douceur. Sur 104 malades, chez lesquels la pneumonie ayant été bien circonscrite, j'ai étudié avec soin l'état de la respiration dans les parties voisines des points altérés, j'ai trouvé que chez 50 le bruit respiratoire se trouvait plus ou moins affaibli tout autour des parties malades. Cette diminution, dans l'intensité, du murmure vésiculaire existe sur une surface variable; bornée le plus souvent à une étendue de 15 à 18 centimètres, elle occupe parfois un plus grand espace, et peut même exister dans tout le poumon. Si on percute au niveau des points où le bruit respiratoire est ainsi affaibli, tantôt on trouve que la sonoréité de la poitrine est moindre ou du moins que la sensation d'élasticité est moins parfaite; d'autres fois, surtout dans les points les plus éloignés du siége de la pneumonie, la percussion ne fournit aucun phénomène morbide. J'ai vu dans le huitième des cas dont je parle, la diminution du murmure respiratoire, de la sonoréité et de l'élasticité, être remplacée au bout de quelques heures par les symptômes caractéristiques de la pneumonie, tels que crépitation, bruit de taffetas ou souffle tubaire.

Comment expliquer l'affaiblissement du bruit respiratoire dans les parties voisines de la pneumonie? Dans les cas où cette altération de la respiration n'existe que dans une petite surface, elle pourrait dépendre de cet état de congestion qu'on dit précéder souvent les phlegmasies et en former pour ainsi dire le premier degré. Mais l'anatomie pathologique ne m'a pas paru confirmer cette assertion, dans les cas où la faiblesse respiratoire existait sans altération notable dans la sonoréité ou l'élasticité. Il n'en était plus de même lorsque en percutant, on avait plus ou moins profondément la sensation d'un défaut ou d'une diminution dans l'élasticité normale. Dans ces cas, en effet, l'autopsie révélait soit une congestion pulmonaire avec ou sans ramollissement de tissu, ou bien on trou-

vait que la pneumonie ayant cheminé profondément, la portion malade était recouverte par une couche mince de tissu pulmonaire sain, qui étant sans doute comprimé par les parties malades, expliquait les phénomènes d'auscultation et de percussion qu'on observait à son niveau. Quant à l'affaiblissement du bruit respiratoire sans altération dans la sonoréité et l'élasticité qui peut exister dans tout le poumon affecté, quoique la phlegmasie occupe un espace très circonscrit, quelle explication peut-on en donner? Dirons-nous qu'à cause de la douleur pleurétique, la dilatation du côté malade étant moins parfaite il pénètre dans le poumon correspondant une quantité d'air moins considérable? Cette explication n'est pas vraie pour tous les cas, puisque j'ai constaté l'affaiblissement dont je parle chez des individus dont le point de côté était peu intense, et chez plusieurs même de ceux qui n'accusaient aucune douleur. Supposerons-nous que l'inflammation, occupant une partie plus ou moins considérable d'un poumon, réagit sur tout l'organe, le suffoque, pour ainsi dire, l'empêche de se dilater et d'admettre la quantité d'air qu'il reçoit ordinairement; la chose est possible, mais la démonstration ne saurait en être donnée. Je me borne donc à signaler le phénomène sans rechercher davantage une explication qui, d'ailleurs, importe peu à la pratique.

6° *Modifications apportées aux phénomènes stéthoscopiques par l'âge des malades.* Les phénomènes stéthoscopiques que je viens de décrire n'ont guère été étudiés, jusqu'à présent, que chez les sujets adultes; je vais rechercher maintenant les modifications importantes qu'apportent, dans leur forme et leur fréquence, l'enfance et la vieillesse.

Comme je l'ai déjà dit, chez les très jeunes enfans, depuis la naissance jusqu'à cinq ans le véritable râle crépitant de la pneumonie des adultes manque très fréquemment. M. Valleix (1) ne l'a observé que deux fois chez les nouveau-nés, et il l'a vu manquer dans les cas les plus graves, quoique presque tous les sujets aient été auscultés tous les jours et à toutes les époques de la maladie. MM. Rufz et Gerhard ont même avancé qu'on ne rencontrait jamais ce râle chez les enfans de deux à cinq ans.

(1) *Clinique des Mal. des enfants*, Paris, 1838, p. 36.

Je pense que ces auteurs ont eu tort d'émettre une opinion aussi exclusive; j'ai vu, en effet, un enfant de trois ans, qui étant affecté d'une pneumonie du sommet du poumon gauche, me présenta un râle crépitant à bulles extrêmement fines, sèches et nombreuses. MM. Barth et Roger disent aussi avoir quelquefois entendu chez les enfans un râle crépitant d'une finesse extrême (1); enfin MM. Rilliet et Barthez (2) ont observé cette même crépitation chez neuf enfans de deux à cinq ans. Chez ceux qui sont plus âgés, l'existence du véritable râle crépitant est admise par tous les pathologistes; il paraît aussi que chez eux il n'a qu'une durée fort courte, souvent presque éphémère; car, en général, il cesse après un ou deux jours. Le râle sous-crépitant a été observé plus fréquemment que le râle crépitant dans la pneumonie qui affecte les jeunes enfans; c'est ce qui résulte surtout des recherches de MM. Valleix, Rilliet et Barhez. Sa durée est un peu moins courte que celle du râle crépitant; car lorsqu'il se développait comme symptôme primitif, il persistait généralement trois ou quatre jours avant d'être remplacé par la respiration bronchique. Chez les enfans, les râles crépitans et sous-crépitans offrent ceci de remarquable qu'ils sont souvent disséminés sur plusieurs points à la fois, ce qui dépend probablement de la multiplicité des noyaux d'induration qu'on observe si fréquemment à cet âge.

Nous avons vu déjà, que chez le vieillard comme chez les enfans, la véritable crépitation était plus rare que chez l'adulte, et que le râle sous-crépitant était un bruit qu'on observait fréquemment au début des pneumonies qui surviennent chez les personnes âgées.

La respiration bronchique est un phénomène aussi important chez l'enfant que chez l'adulte. Toutefois, dans le jeune âge, elle paraît manquer plus souvent, ce qui dépend tantôt de la forme de la pneumonie qui est fréquemment lobulaire; tantôt elle existe, mais elle est masquée par les râles bruyans de la bronchite. M. Valleix a observé la respiration tubaire 9 fois sur 15; et dans 4 des cas où elle a manqué, cette absence s'expliquait par le peu d'étendue de l'hépatisation. Chez deux malades l'affaiblissement du bruit respiratoire a paru la remplacer.

(1) *Manuel d'auscultation*, Paris, 1841, p. 131.

(2) *Loc. cit.*, p. 55.

MM. Rilliet et Barthez ont vu le souffle chez les deux tiers des enfans de deux à quinze ans, et lorsqu'il a manqué c'était dans des cas où la lésion était très limitée ; souvent aussi on avait négligé de pratiquer l'auscultation dans les derniers jours de la vie. Ces auteurs ont signalé à ce sujet un fait assez remarquable; c'est que dans beaucoup de cas le souffle bronchique n'a paru que pendant l'expiration, tandis que l'inspiration restait pure ou ne s'accompagnait que d'un râle quelconque; c'est ce que j'ai eu occasion d'observer moi-même sur plusieurs enfans de douze à quinze ans. MM. Rilliet et Barthez ont aussi observé chez les enfans, la respiration dure, qu'ils sont portés à regarder comme l'indice d'une altération pathologique qui ne diffère que par son étendue de celle qui donne naissance au souffle tubaire. Toutes les fois que les enfans ont pu parler, la bronchophonie, a constamment accompagné le souffle ; chez les enfans trop jeunes le retentissement du cri et de la toux remplacent la bronchophonie, et ce signe est d'une bien grande valeur, car M. Valleix l'a observé onze fois sur quinze.

La respiration bronchique ne nous présente rien de spécial à noter dans la pneumonie des vieillards.

Tous les phénomènes d'auscultation qu'on constate dans la pneumonie, et sur lesquels je reviendrai de nouveau quand je traiterai de la terminaison et du diagnostic de la maladie, ne peuvent avoir lieu qu'autant que l'arbre bronchique est perméable. On conçoit, en effet, dit Laënnec, que, si une tumeur comprimait complétement la grosse bronche, on verrait disparaître tous les phénomènes stéthoscopiques. Il en serait de même si un corps étranger obstruait complétement le calibre du tuyau aérien. Ainsi, le docteur Houston a publié l'observation curieuse d'un individu dans le larynx duquel une dent molaire ayant pénétré, la mort survint au onzième jour par suite d'une pneumonie (1). Pendant sa vie on nota l'existence de quelques râles de bronchite; la respiration était faible dans le côté droit, ce qui s'expliqua facilement à l'autopsie, par la présence du corps étranger dans la bronche droite.

7° *Les phénomènes d'auscultation peuvent manquer.* — D'a-

(2) *Dublin journ.*, vol. 5.

près le témoignage de Laënnec, les phénomènes fournis par l'auscultation seraient à peu près constans, puisque ce grand observateur ne les a vu manquer qu'une seule fois; ce fut chez une femme qui, au milieu d'un catarrhe aigu, médiocrement intense, et sans fièvre, rendit pendant un jour ou deux plusieurs crachats caractéristiques d'une pneumonie; cependant l'exploration de la poitrine, faite à plusieurs reprises, ne laissa découvrir nulle part le râle crépitant. Laënnec suppose que s'il eût examiné son malade beaucoup plus longtemps, il aurait fini par constater de la crépitation, tant il était convaincu que toute inflammation pulmonaire devait nécessairement se révéler par quelque symptôme stéthoscopique. Toutefois, de bons observateurs, parmi lesquels il faut surtout compter MM. les professeurs Chomel (1) et Andral (2), ont vu un assez grand nombre de malades chez lesquels il fut impossible, à aucune époque de la pneumonie et après avoir répété fréquemment l'exploration de la poitrine, de constater l'existence de la respiration tubaire ou de la crépitation. J'ai vu moi-même 4 malades chez lesquels l'auscultation faite par M. Chomel et par moi, ainsi que par plusieurs autres personnes, et répétée au moins deux fois par jour dans tous les points de la poitrine, ne fit jamais découvrir la partie du poumon qui était phlogosée. Il fallait admettre alors que la pneumonie était centrale, et qu'elle était entourée de toutes parts par une portion de poumon tout à fait saine, qui, par sa mollesse, son élasticité et la quantité d'air qu'elle contient, doit être en effet un mauvais conducteur des bruits pathologiques.

A l'article du diagnostic différentiel, je reviendrai avec quelques détails sur ces faits, et je rechercherai jusqu'à quel point il est possible de diagnostiquer de pneumonies limitées à un petit espace ou situées à une certaine profondeur.

8° *Pulsations thoraciques.* — Le docteur Graves a prétendu, d'après un fait qu'il avait observé, que dans les cas de pneumonie on pouvait percevoir par l'auscultation, au niveau des parties malades, la sensation d'un battement d'expansion, analogue à celui que donnerait une tumeur anévrysmale. On con-

(1) *Dict.* en 21 vol., t. XVII, p. 227.

(2) *Clin. méd.*, 4e édit., t. III, p. 344.

çoit, dit Graves, que dans les engorgements mous et demi-fluides du poumon, cet organe uni au cœur par des vaisseaux larges doive être agité de pulsations fortes, presque égales à celles d'un anévrysme, ou bien encore à celles qu'on voit dans certaines tumeurs fongueuses ou cérébriformes. W. Stokes a adopté l'opinion de Graves, sans citer pourtant aucun fait concluant en sa faveur (1). Je ne sais si MM. Hourmann et Dechambre ont voulu désigner un phénomène analogue à celui indiqué par Graves lorsqu'ils disent avoir perçu, dans un cas de pneumonie, sur toute la face antérieure gauche du thorax, *une sorte de vibration* isochrone à l'impulsion du cœur (2). Quoi qu'il en soit, jusqu'à présent je n'ai pu vérifier l'exactitude des opinions émises par les deux pathologistes anglais, quoique depuis deux ans j'aie cherché avec soin le phénomène dont ils parlent, sur plus de 70 malades atteints de pneumonie.

9° *Vibration des parois thoraciques.* On sait que chez la plupart des individus qui parlent, la main ou l'oreille appliquées sur la poitrine perçoivent des vibrations plus ou moins fortes. M. le docteur Hourmann a cru qu'on pouvait tirer parti de ce phénomène pour le diagnostic de la pneumonie, surtout chez les jeunes enfans. Ce médecin a pensé en effet qu'en appliquant la paume de la main au niveau d'une portion de poumon hépatisée, pendant les cris de l'enfant, on sentirait le frémissement vibratoire des parois thoraciques, beaucoup plus prononcé que du côté sain (3). Je suis surpris que M. Hourmann ait observé le frémissement de la poitrine chez les enfans : à cet âge, en effet, bien que les parois thoraciques aient peu d'épaisseur, la voix est si aiguë, si perçante, que le retentissement dont je parle n'existe pas ou est à peu près nul à l'état normal ; il doit en être de même dans l'état pathologique : c'est ce dont je me suis convaincu chez des sujets plus âgés. J'ai étudié le frémissement des parois thoraciques chez dix individus adultes, atteints de pneumonie parvenue au deuxième degré ; sur ces dix sujets il y en avait huit chez lesquels les vibrations thoraciques étaient complétement nulles des deux côtés, ou bien si elles avaient

(1) *Loc. cit.*, p. 550.

(2) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 50.

(3) *Revue méd.*, année 1838, t. II, p. 157.

ieu, elles existaient avec une égale force dans le côté sain et e côté malade; dans deux cas il m'a paru que le frémissement vibratoire était un peu plus marqué au niveau des parties hépaisées, mais la différence n'était pas très considérable; d'ailleurs comme la maladie siégeait à droite, il est possible que cela dépendît d'une disposition normale : on sait en effet que fréquemment le côté droit de la poitrine résonne et vibre plus fort que e côté gauche, à cause du volume plus considérable des ramiications bronchiques du poumon droit.

## ARTICLE II.

### Symptômes généraux et sympathiques.

Dans le cours de la pneumonie, on voit les principaux organes de la vie animale et organique présenter des phénomènes morbides et participer ainsi sympathiquement au trouble des organes respiratoires. Je vais donc étudier successivement les symptômes fournis par les appareils de la circulation, de la digestion et de l'innervation.

#### § I^er^. *Symptômes fournis par les organes circulatoires.*

1° *Pouls.* Le trouble de la circulation est un symptôme qu'on peut dire constant dans la pneumonie. Il se révèle par l'accélération du pouls, qui acquiert en même temps plus d'ampleur et le force. Ces phénomènes surviennent dès le début de l'affection. Dans un grand nombre de cas, je n'ai apprécié la fréquence du pouls qu'approximativement; mais chez 108 malades qui ont guéri, et chez 26 de ceux qui ont succombé, le pouls a été compté avec la montre à secondes, une et souvent même deux fois par jour, pendant toute la durée de la maladie, et les résultats obtenus ont été chaque fois consignés sur mes notes. Je me suis assuré que la pneumonie est parmi les maladies aiguës, l'une de celles qui accélère le plus les pulsa-

tions artérielles ; ainsi, parmi les 108 malades qui guérirent, le maximum des pulsations a été chez :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| chez 2. | . . . . . | de 130 | à | 140 | par minute. |
| 2. | . . . . . | de 120 | à | 130 | |
| 15. | . . . . . | de 116 | à | 120 | |
| 26. | . . . . . | de 108 | à | 116 | |
| 32. | . . . . . | de 100 | à | 108 | |
| 13. | . . . . . | de 90 | à | 100 | |
| 12. | . . . . . | de 80 | à | 90 | |
| 4. | . . . . . | de 70 | à | 80 | |
| 2. | . . . . . | de 60 | à | 70 | |

D'où il suit que chez plus du quart des malades le pouls a donné moins de cent pulsations par minute, tandis que chez plus de la moitié leur nombre s'est élevé de cent à cent seize, et chez moins du cinquième il a varié de cent seize à cent quarante. Dans les faits de pneumonie analysés par M. Louis, et quel qu'ait été le mode de terminaison, le pouls a présenté généralement moins de fréquence que chez mes malades (1). Sauf quelques rares exceptions, la vitesse du pouls était en rapport avec l'étendue et la gravité de la pneumonie, et presque toujours la durée de l'affection fût en raison directe du nombre des pulsations artérielles. Chez plus de la moitié des malades le pouls avait de l'ampleur et une certaine résistance. Je crois donc que c'est à tort que les anciens médecins, et même dans ces derniers temps J. Franck (2), ont dit que, chez les malades affectés de pneumonie, le pouls était le plus souvent mou, peu résistant, ce qu'ils attribuaient à la difficulté qu'éprouvait le sang à traverser le parenchyme pulmonaire frappé de phlegmasie. Lorsque le pouls s'élevait au-dessus de cent seize pulsations, il était communément plus petit et plus dépressible ; enfin chez six malades j'ai noté quelques intermittences passagères.

On peut dire en général que la fréquence des pulsations artérielles était en raison directe de la fréquence des mouvemens respiratoires. Cependant on observe à ce sujet des exceptions assez nombreuses, et on ne saurait établir aucune proportion constante entre le total des respirations et des pulsations artérielles ; on ne pourrait surtout appliquer à l'état patho-

(1) *Fièv. typh.*, 2e édit., t. II, p. 142.

(2) *Loc. cit.*, p. 226.

logique le rapport numérique de un à quatre et demi que le docteur Charles Cooper (1) a indiqué comme constant, entre le total des respirations et des battemens du pouls. Si ce rapport, qui peut être exact pour l'état physiologique, continuait à l'être dans l'état morbide et surtout pendant la pneumonie, on devrait observer dans les pulsations artérielles une vitesse beaucoup plus considérable que celle qu'on note communément.

Une circonstance digne d'être notée c'est que chez le plus grand nombre des malades (presque les deux tiers) le pouls a atteint son maximum de fréquence dès le troisième ou quatrième jour de la maladie, quoique chez beaucoup d'entre eux la phlegmasie continua à s'étendre pendant quelque temps encore. Chez tous les autres individus la vitesse du pouls augmente encore dans les jours qui suivent; bientôt il arrive une époque où le pouls, après être resté quelques jours stationnaire, diminue successivement de fréquence jusqu'à la guérison complète. Mais chez plus du tiers des malades la diminution des pulsations, au lieu de s'opérer d'une manière progressive et continue, éprouve des oscillations dont on ne retrouve pas toujours l'explication dans l'état local du sujet; tandis que lorsque le pouls, après être revenu pendant quelques jours à son degré de fréquence habituel, reprend de nouveau plus de vitesse, il est possible le plus souvent de constater soit une recrudescence dans la pneumonie, soit quelque complication. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité le pouls, chez certains malades, perd de sa fréquence morbide; il n'est pas rare, en effet, d'observer dans l'espace de dix à douze heures, et à plus forte raison dans l'intervalle d'un jour, une différence de 12, 16, 20 et même jusqu'à 30 pulsations par minute.

Lorsque la pneumonie se termina d'une manière funeste, le pouls a généralement présenté un peu plus de fréquence pendant toute la durée de la maladie; terme moyen, dix pulsations de plus que lorsque les malades ont guéri. Dans les trois quarts des cas la vitesse a augmenté progressivement jusqu'au terme fatal; toutefois, chez l'autre quart des individus le pouls compté la veille ou le jour même de la mort, a été trouvé beaucoup moins fré-

(1) *British and foreign Review*, January 1833.

quent qu'à certaines périodes de la maladie ; la différence a été de 10, 20, 32 pulsations par minute, et quelquefois davantage. C'est ainsi que sur un vieillard de 70 ans, le pouls, après avoir présenté pendant une grande partie de la maladie de 104 à 108 battemens, tomba brusquement à 58 pulsations dans les 24 dernières heures.

Le pouls présente quelques particularités dignes d'être mentionnées dans la pneumonie qui affecte les enfans et les vieillards. Ainsi M. Valleix (1) a observé que chez les nouveau-nés qui furent atteints de pneumonie simple, l'accélération du pouls fut notable et portée à son maximum lors de l'apparition des premiers symptômes; la force, la largeur et la dureté des battemens coïncidaient toujours avec leur accélération. Ces résultats sont donc en opposition avec ce qu'a dit Billard (2), qui regardait la fréquence du pouls comme étant nulle ou presque nulle chez les très jeunes enfans. Mais il est évident que ce médecin avait examiné les petits malades à une époque trop avancée ; or, M. Valleix a prouvé que dans toutes les maladies des nouveau-nés, lorsque le terme fatal approche, le pouls perd sa fréquence en même temps qu'il devient petit et concentré. Chez les enfans plus âgés le pouls a généralement une grande vitesse, et il la conserve pendant toute la durée de la pneumonie. Il est ordinaire de le voir s'élever à 120 dès le début de l'affection ; on l'a vu atteindre parfois 140, 150 et même 180 battemens; et si la pneumonie a une terminaison funeste, il arrive souvent que dans les deux derniers jours le pouls devient extrêmement petit, et quelquefois même insensible. MM. Hourmann et Dechambre affirment que chez un bon nombre de vieillards atteints de pneumonie, la fréquence du pouls ne se manifeste que plusieurs jours après l'invasion de la maladie, et dans d'autres seulement à la dernière période, mais ces médecins n'ont probablement émis cette opinion que parce qu'ils auront fréquemment regardé comme physiologiques, des pouls qui étaient véritablement fébriles ; pour eux, en effet, le pouls ne présente un état morbide qu'autant qu'il a atteint pour le moins 90 pulsations par minute. Je pense, au contraire, qu'un pouls qui présente une fré-

(1) *Loc. cit.*, p. 140.

(2) *Loc. cit.*, p. 522.

uence encore moindre chez un vieillard, qui ne porte aucune
ésion organique du cœur ou des gros vaisseaux, doit con-
ituer un état pathologique. J'invoquerai en faveur de mon
ssertion les recherches intéressantes faites par MM. Leuret et
litivié, qui ont trouvé que chez les vieillards bien portants le
ombre moyen des battemens du pouls s'élevait à 74 par mi-
nute (1).

J'ai dit que je n'avais observé des irrégularités dans le pouls
ue chez 6 malades, et plus de la moitié avait déjà dépassé 60
ns. Il paraît aussi résulter des recherches de MM. Hourmann et
echambre, que chez les vieillards on rencontre plus fréquem-
ent que chez l'adulte des inégalités et des irrégularités dans
s battemens artériels; mais il est à regretter que les auteurs
aient pas apprécié le degré de fréquence de ce phénomène
ans la pneumonie des vieillards. Il est une autre particularité
ue présente quelquefois le pouls chez les vieillards, c'est une
ureté et une résistance qui persistent nonobstant l'emploi des
ignées très larges; les caractères du pouls sont alors moins sou-
ent liés à l'étendue et à l'intensité de la maladie qu'à l'état phy-
ologique du cœur chez les vieillards (2).

2° *Examen du cœur.* — On peut dire en général que dans la
neumonie le cœur ne présente d'autre phénomène morbide
u'une accélération dans ses battemens. Cependant plusieurs
uteurs ont noté que dans la pneumonie, 1° le volume du cœur
ait augmenté; 2° que les bruits normaux pouvaient être altérés
u remplacés par des bruits morbides; 3° que par suite de l'al-
ration du poumon, les contractions du cœur étaient perçues
us distinctement dans certains points de la poitrine; 4° enfin
ue l'action du cœur pouvait produire des pulsations dans des
eines plus ou moins éloignées. Je vais successivement étudier
hacune de ces questions en les soumettant à l'analyse d'un
rtain nombre de faits.

1° *Volume du cœur.* — Corvisart (3) signale la dilatation des

(1) *De la fréq. du pouls*, p. 40, Paris 1832.

(2) *Consultez le beau travail de M. Bizot sur le cœur et le sys-
me artériel dans le* t. I *des Mémoires de la Société médicale d'ob-
rvation.*

(3) *Traduct. d'Avenbrugger*, Paris, 1808, p. 426.

cavités du cœur, comme étant un phénomène constant chez les sujets atteints de pneumonie double, qui marche promptement vers une terminaison funeste. Il attribue cette dilatation à l'accumulation du sang, par suite de la gêne ou de l'impossibilité de la circulation dans le parenchyme pulmonaire. M. Piorry (1) dit aussi avoir reconnu que dans les pneumonies et dans tous les cas où la respiration est altérée, le volume du cœur commençait à augmenter. Il est à regretter que ce professeur n'ait pas indiqué l'époque de la maladie à laquelle il avait généralement constaté cette augmentation du cœur. Quant à moi, ayant exactement limité cet organe chez 10 individus qui ont guéri, ayant répété cet examen plusieurs fois pendant toute la durée de la pneumonie, je n'ai pas trouvé de différence bien sensible entre le volume du cœur, pendant que la maladie était à son plus haut degré d'intensité, et celui que cet organe avait à l'époque de la convalescence ou lorsque les malades quittaient l'hôpital. Chez deux autres individus que j'ai eu occasion d'examiner quelques heures avant la mort et au commencement même de l'agonie, le cœur occupait évidemment un plus grand espace ; l'obscurité qu'on obtenait sur le sternum, faisait présumer que cette augmentation avait lieu aux dépens des cavités droites, et l'autopsie démontra en effet que celles-ci contenaient une masse considérable de caillots, qui probablement avaient commencé à se former dans les derniers momens de l'existence. Ces faits me porteraient à croire que, dans la période aiguë de la maladie, lorsque le cœur jouit de toute son énergie, son volume reste à peu près le même, tandis que lorsque le terme fatal approche, et à une époque plus ou moins voisine de celle-ci, ses cavités s'agrandissent par suite d'une stase sanguine. Mais ces diverses assertions auraient besoin de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits. Il resterait ensuite à déterminer si cette ampliation du cœur est spéciale aux sujets atteints de pneumonie, ou si, au contraire, on ne l'observe pas également dans le cours ou dans la dernière période de plusieurs autres maladies, surtout lorsqu'il existe quelque obstacle à la circulation.

2° *Timbre des battemens, bruits morbides.* — J'examinerai au chap. *complications*, les changemens qui peuvent survenir quel-

(1) *Traité de diagnost. et de séméiol.* t. I, p. 101.

quefois dans le timbre des battemens du cœur ; car dans le cas où la pneumonie existe sans complication du côté du centre circulatoire, les bruits valvulaires n'éprouvent guère d'autre modification dans leur timbre que celle qu'on observe toutes les fois que la circulation est accélérée et que les contractions du cœur se font avec plus de force que d'habitude.

3° *Transmission des bruits du cœur par le poumon hépatisé.* Laënnec (1) a avancé qu'un poumon hépatisé transmettait les battemens du cœur avec plus de force que celui qui est sain et perméable à l'air. Cette opinion de l'illustre auteur du *Traité de l'auscultation* a été adoptée d'autant plus facilement par la plupart des médecins, qu'elle semblait être une application de cette loi de physique, que les corps denses, très solides, transmettent mieux les vibrations sonores que les corps flasques et mous, surtout quand ces derniers sont remplis par un fluide élastique comme l'est le poumon à l'état physiologique. Toutefois, Laënnec avait déjà reconnu lui-même que l'endurcissement du poumon par la pneumonie favorisait plutôt la propagation de l'impulsion que la transmission même des bruits.

J'ai cherché, à l'aide des faits que j'ai recueillis, à apprécier la valeur des opinions émises par l'illustre médecin français. Or, voici ce que mes observations démontrent. Lorsque l'hépatisation occupe la partie postérieure des poumons dans une épaisseur plus ou moins considérable, quel que soit le côté affecté, et à quelque hauteur que le poumon soit pris, je n'ai jamais trouvé, sur 25 malades, que les battemens de cœur fussent perçus avec plus de force au niveau des parties indurées. Chez 68 autres sujets affectés d'hépatisation du lobe supérieur et chez lesquels l'induration avait gagné la face antérieure jusqu'à 2 ou 4 travers de doigt au-dessous de la clavicule, je n'ai vu qu'un seul malade atteint de pneumonie droite, chez lequel les battemens semblaient un peu plus intenses au niveau des parties indurées. Il est vrai que, pour tous ces malades, on peut objecter avec beaucoup de raison que l'hépatisation était séparée du cœur par une portion plus ou moins considérable de tissu pulmonaire, souple et parfaitement perméable, qui était un mauvais conducteur des bruits du cœur et devait amortir l'impulsion de l'organe. J'ai

(1) T. III, p. 12, 4e édit.

donc examiné ce qui était arrivé lorsque l'hépatisation occupait la face et le bord antérieur de l'un ou l'autre poumon, de manière à ce que la partie malade fût en contact immédiat avec le péricarde. Or, voici les résultats que j'ai obtenus. En 1836, un maçon, âgé de 46 ans, succomba à l'Hôtel-Dieu dans les salles de la Clinique avec une pneumonie du lobe supérieur du poumon gauche ; le bord antérieur de l'organe hépatisé adhérait par de fausses membranes récentes avec le péricarde qu'il recouvrait en partie. Malgré une disposition aussi favorable pour la transmission des bruits du cœur, j'avais constamment noté, pendant les onze jours que le malade resta à l'hôpital, que les battemens de l'organe étaient obscurs, moins sensibles à l'oreille, qu'ils étaient entendus profondément comme si un épanchement de liquide eût existé dans le péricarde. Chez un autre malade, que j'ai soigné l'année dernière et qui avait une hépatisation de toute la face et du bord antérieur du poumon *droit*, j'ai également noté qu'au niveau des parties indurées les *battemens de cœur étaient à peine perceptibles*. Ainsi dans les deux faits que je viens de rapporter, il est évident que l'induration du poumon a eu pour résultat de rendre plus obscurs, d'étouffer, pour ainsi dire, les battemens du cœur, dont l'impulsion était devenue moins évidente et moins directe. L'effet contraire a été observé chez deux autres malades. L'un de ces individus était un tailleur, âgé de 28 ans, que je traitai il y a un an d'une pneumonie déjà arrivée au deuxième degré, et qui occupait la face et le bord antérieur du poumon droit. L'auscultation pratiquée au niveau des parties malades, je distinguai, indépendamment de la crépitation et du souffle, les battemens du cœur *devenus* forts, énergiques, et dont le timbre était plus métallique et l'impulsion plus vive dans la région sus-mammaire *droite* qu'à gauche dans les points correspondans. Ces phénomènes ont diminué successivement à mesure que la résolution de l'engorgement pulmonaire s'effectuait. Enfin, chez un malade que j'observai il y a deux ans à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré, et qui avait une pneumonie tout à fait semblable à celle de l'individu dont je viens de parler, on distinguait jusqu'au-dessous de la clavicule une impulsion forte, comparable à celle qu'aurait donnée un cœur fortement hypertrophié. Toutefois, il était facile de s'assurer que

l'oreille ne percevait pas les battemens du cœur directement; mais on sentait qu'il y avait un corps dur intermédiaire, qui recevait le choc de l'organe et le transmettait plus fortement à l'oreille.

Ainsi voilà quatre faits en apparence identiques, et cependant chez deux on voit l'induration pulmonaire transmettre les bruits et l'impulsion du cœur, qui semblent même être exagérés, tandis que chez les deux autres un résultat tout opposé a été observé. Comment expliquer une si grande différence? Faudra-t-il admettre que chez les deux premiers malades, l'hépatisation était molle, que le tissu des poumons était splénisé, demi-fluide, condition qui devait le rendre moins bon conducteur; tandis que chez les deux derniers sujets le tissu pulmonaire était plus dense, plus dur, et par conséquent meilleur conducteur du son et de l'impulsion? Cette explication n'est pas admissible, car chez le premier individu dont j'ai parlé, et chez lequel les battemens du cœur avaient été si obscurs, si faibles, si profonds, le bord antérieur avait présenté une hépatisation extrêmement solide et résistante; il faut donc qu'il y ait eu dans ces cas quelque autre condition qui nous ait échappé.

Ainsi, en résumé l'hépatisation pulmonaire peut propager aussi bien les bruits du cœur que transmettre l'impulsion de l'organe; mais ces phénomènes paraissent manquer souvent, même dans les conditions qui semblent les plus favorables à leur production. Les faits observés à la Salpêtrière par MM. Hourmann et Dechambre confirment ce que j'ai vu moi-même. Ces médecins disent en effet que lorsque la pneumonie avait envahi le bord antérieur du poumon, les bruits du cœur diminuaient, puis cessaient plus ou moins complétement. D'autres fois, le cœur repoussé à droite semblait très gêné dans ses mouvemens, qui diminuaient de force tandis que les bruits valvulaires étaient étouffés (1).

4° *Pouls veineux.* Graves a avancé que l'action du cœur suffisait aussi pour produire des battemens non-seulement dans le poumon enflammé avec lequel il est en rapport par des vaisseaux larges, mais encore dans les veines superficielles des ex-

(1) *Arch.*, 2e série, t. XII, p. 49.

trémités. C'est ainsi qu'il dit avoir vu un jeune homme atteint de pneumonie et chez lequel l'action du cœur était tellement puissante, qu'une pulsation distincte, correspondant à chaque contraction des ventricules, était perceptible dans toutes les veines du dos de la main. Je n'ai jamais recherché ce phénomène dont parle Graves, et qui, dans ce cas particulier, pouvait bien reconnaître quelque complication cardiaque. Toutefois, il y a deux ans, j'observai quelque chose d'analogue chez un homme qui était atteint de pneumonie du sommet : chez lui, en effet, je constatai pendant plusieurs jours l'existence du pouls veineux dans la veine jugulaire correspondant au poumon malade. Ce phénomène dépendait certainement de la pneumonie seule, car il disparut lorsque celle-ci commença à diminuer ; d'ailleurs, le malade n'avait présenté aucun symptôme de maladie organique du cœur. Je n'ai pu retrouver cette observation dans mes cartons ; mais ce fait m'avait tellement frappé par sa rareté, à l'époque où je l'observai, que je puis garantir l'exactitude des renseignemens que je viens de donner. Dans la Clinique de M. Bouillaud, on trouve aussi une observation (1) de pneumonie dans laquelle on voit que la veine jugulaire droite correspondant au poumon malade, était gonflée, et avait le volume d'un plume à écrire, tandis que celle du côté gauche était affaissée. Il est probable que le gonflement de la veine dépendait aussi d'une compression exercée sur ce vaisseau par le sommet du poumon hépatisé. Lorsque la maladie eut diminué d'intensité, on vit que la veine fut beaucoup moins gonflée que les jours précédens ; mais il est à regretter que, lors de la convalescence ou à l'époque où le malade quitta l'hôpital, on n'ait pas indiqué si la veine jugulaire avait repris son volume normal.

5° *État du sang.* Dans l'anatomie pathologique j'ai déjà parlé de l'aspect que le sang présente après la mort, surtout dans les cavités du cœur. Je dois actuellement dire un mot des qualités de ce fluide, que l'on a extrait pendant la vie à l'aide de la phlébotomie.

Les auteurs ont reconnu depuis longtemps que le sang qui provenait d'un individu atteint de pneumonie présentait un caillot ferme, résistant, dont la surface se recouvrait d'une couenne,

(1) T. II, obs. 10e, p. 56.

variable pour l'étendue, l'épaisseur, la coloration et la consistance. Cette couenne a été rencontrée si universellement dans les phlegmasies de poitrine, que beaucoup d'auteurs l'ont désignée sous le nom de couenne pleurétique (*crusta pleuritica*). Mes observations sont conformes à celles de tout le monde. J'ai vu, comme tous les auteurs qui m'ont précédé, que le sang qui était extrait pendant la vie de la veine d'un pneumonique, se recouvrait à peu près constamment d'une couenne plus ou moins épaisse, et que le caillot offrait généralement plus de dureté et de consistance. La couenne a manqué pourtant quelquefois, un peu plus fréquemment chez les sujets dont la pneumonie eut une issue funeste que chez les individus qui guérirent. Chez les premiers, en effet, j'ai vu la couenne manquer complétement dans presque un cinquième des cas, tandis que chez les seconds elle n'a point existé chez un onzième seulement. M. Louis est arrivé à des résultats qui diffèrent peu des précédens. Cet auteur dit en effet (1), qu'ayant examiné avec soin le sang de 24 individus morts de péripneumonie, il vit ce liquide se couvrir d'une couenne chez 19 d'entre eux : couenne ferme, épaisse à chaque saignée dans 14 cas; plus ou moins molle et infiltrée, dans les autres; le caillot était rétracté chez les deux cinquièmes des malades. La couenne était plus constante chez 57 péripneumoniques qui guérirent, de manière qu'elle ne manqua que chez 6 d'entre eux; chez tous les autres la couenne était plus ou moins épaisse; les 6 malades dont le caillot ne présenta pas de couenne avaient été saignés deux fois, et le caractère du caillot avait été le même à chaque saignée. Il y eut un retrait plus ou moins considérable chez 33 sujets.

Sauf quelques rares exceptions, je n'ai guère noté le retrait du caillot, ses bords renversés, sa forme en champignon, que lorsque les malades avaient déjà été saignés plusieurs fois. Lorsque le caillot présentait cette forme il était presque toujours recouvert d'une couenne. La sérosité était alors en quantité beaucoup plus considérable que lors des premières saignées. Cela indique-t-il nécessairement que la proportion du sérum était réellement augmentée? Il est bien probable que, sous l'influence des saignées répétées, le sérum devient plus abondant, mais il l'est cer-

(1) *Fièv. typh.*, t. II, p. 176.

tainement moins qu'il le paraît. En effet, le caillot et la couenne ne présentent la fermeté et ce petit volume que parce que tout le sérum en a été exprimé par suite du retrait de la fibrine. Rasori a prétendu (1) que, toutes choses égales d'ailleurs, le sérum se séparait d'autant plus que l'inflammation était plus forte, de sorte que sérum et couenne augmentaient en proportion directe. L'opinion de Rasori a quelque probabilité, puisque j'ai dit précédemment que le caillot en champignon se remarquait surtout après les deux premières saignées, c'est-à-dire à une époque où la phlegmasie continue à s'accroître, ou bien lorsque, parvenue à son apogée, elle reste pendant quelque temps stationnaire. Le sérum est jaunâtre, il peut avoir la couleur jaune ou verte de la matière colorante de la bile, lorsque la pneumonie se complique d'ictère ; dans ces cas on peut la précipiter quelquefois en versant dans le serum une certaine quantité d'acide nitrique.

La couenne était généralement d'un blanc grisâtre ou d'un gris verdâtre uniforme et présentait diverses nuances. Elle donnait, si elle était mince, un reflet rougeâtre, ce qui dépendait de la couleur rouge du caillot subjacent. L'épaisseur et la consistance de la couenne ont présenté de très-grandes différences; elles étaient généralement d'autant plus considérables que les individus étaient plus robustes, et que l'inflammation était plus vive ; cependant nous avons rencontré de nombreuses exceptions. Il m'a semblé impossible de donner ici les rapports numériques de toutes ces différences, car la consistance du caillot et les propriétés de la couenne ont varié suivant les individus, chez le même sujet, aux différentes saignées qui furent pratiquées ; elles ont même été différentes pour une même saignée, lorsque le sang était reçu dans des vases différens, et exposé à des influences différentes. Ainsi, la largeur de l'ouverture, la manière dont le sang s'écoulait par jet ou en bavant, la température extérieure ainsi que celle du vase, la forme de celui-ci, l'aspect de ses parois, son état d'agitation ou de repos, la séparation plus ou moins complète de la sérosité, etc., étaient tout autant de conditions qui faisaient varier les propriétés de la couenne

(1) *Théor. de la phlogose*, trad. de l'ital. par S. Pirondi, Paris, 1839, t. I, p. 41.

et du caillot. Lorsque la sérosité restait combinée à la couenne, celle-ci offrait une épaisseur qui pouvait dépasser 3 centimètres, et elle présentait souvent alors un aspect comme gélatineux. Si le caillot retenait aussi la sérosité, il était moins consistant, et, à sa face inférieure, le sang était noirâtre, diffluent, cailleboté. Dans deux cas, cette diffluence du caillot ne dépendait pas de la sérosité; en effet celle-ci paraissait s'etre assez complétement séparée, et cependant le sang était réuni en une masse noirâtre, grumelée et diffluente. Dans un de ces cas, on pouvait l'expliquer par la constitution du sujet qui était affaiblie, cachectique ; dans l'autre, au contraire, cet état du sang était inexplicable, car le malade était fortement constitué, la pneumonie était franchement inflammatoire et de peu de gravité. A part la coloration jaune que la sérosité et la couenne ont présentée à peu près constamment, dans le cas de complication bilieuse, je n'ai trouvé aucun état particulier de sang qui coïncidât toujours ou même ordinairement avec les formes spéciales de la pneumonie, avec la constitution, la force du sujet et l'intensité de la maladie, de sorte qu'en définitive, suivant nous, l'examen du sang fournit au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique, beaucoup moins de lumières qu'on ne croit communément.

Dans ces derniers temps, MM. Hourmann et Dechambre ont prétendu qu'un des traits spéciaux les plus remarquables de la pneumonie des vieillards était fourni par l'état du sang. Suivant ces auteurs, dans l'inflammation pulmonaire qui affecte les personnes âgées, le sang ne présente une couenne que dans la minorité des cas; en effet, sur 24 saignées pratiquées chez des sujets qui succombèrent, le sang n'a été couenneux que 8 fois; il le fut 9 fois sur 23 saignées suivies de guérison; en somme 17 fois sur 47 saignées (1). Mais cette absence de la couenne sur le sang des vieillards pneumoniques ne tient point à l'âge des sujets, mais à des circonstances purement accidentelles. En effet, les vieillards atteints de pneumonie grave tombent aisément, comme je le dirai plus tard, dans un état de collapsus et de prostration ; leurs mouvemens sont plus ou moins difficiles; aussi le sang qui sort de la veine, au lieu de s'échapper par un jet fort et continu, ne s'écoule qu'avec peine, en bavant, et l'on sait que

(1) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 475.

c'est une circonstance défavorable pour la formation de la couenne. Je me suis d'ailleurs assuré qu'au-dessus de soixante ans le sang était aussi souvent couenneux que dans l'âge adulte, pourvu que les conditions eussent été les mêmes.

Dans ces derniers temps, MM. Andral et Gavarret, dans des recherches entreprises en commun, ont étudié plus complétement qu'on ne l'avait fait avant eux les modifications que les élémens du sang éprouvent dans le cours des principales affections. Ces médecins ont reconnu, en opérant d'après les procédés recommandés par MM. Prévost et Dumas, que, dans les phlegmasies et dans la pneumonie en particulier, la proportion de fibrine augmentait. Ainsi, en prenant le chiffre 3 comme moyenne normale de la fibrine, MM. Andral et Gavarret ont trouvé les degrés suivans d'élévation; dans la pneumonie comme dans le rhumatisme articulaire fébrile, la quantité moyenne de fibrine a oscillé entre 7 et 8; son minimum a varié de 4 à 5, son maximum a été de 10 (1).

Ces résultats sont conformes à ceux que Hermann Stannius, professeur de l'université de Rostock, fit connaître, il y a quelques années, dans un travail qui fut présenté à la Société médico-chirurgicale de Hufeland (2). L'auteur démontra que chez les sujets dont l'état se rapprochait le plus de la santé le chiffre moyen de fibrine contenu dans 1,000 parties de sang était de 1,34 et 1,546; tandis que cette proportion augmentait dans toutes les pyrexies, et atteignait son maximum dans les inflammations pulmonaires, puisqu'il a trouvé que pour la même quantité de sang la proportion de la fibrine était de 5,585 et de 7,083. MM. Andral et Gavarret ont également noté que la quantité de fibrine diminuait lorsque la maladie décroissait, et que, si après s'être amandée, la pneumonie reprenait de l'acuité, la fibrine augmentait de nouveau. Bien différens de la fibrine, les globules, dans aucun cas, n'ont subi d'augmentation par l'effet de l'état phlegmasique; leur nombre décroît au contraire à mesure que la maladie se prolonge, et qu'on insiste davantage sur le traitement débilitant. Dans toutes les phlegmasies, les

(1) *Archives, compte rendu des séances de l'Académie des sciences;* 3e série, t. I, p. 499. *Annales de chimie*, Paris, 1840, t. LXXV.

(2) *Hufeland, jour., dernier trimestre* de 1838.

matériaux solides du sérum n'ont présenté aucune altération digne de remarque : l'eau a varié entre les chiffres de 771 et 840.

En résumé, le sang des individus atteints de pneumonie présente une altération constante, mais qui n'offre rien de spécial au siége de la maladie, mais uniquement à sa nature phlegmasique. Cette altération du sang est-elle la suite de la pneumonie ou en est-elle quelquefois la cause ? C'est une question que M. Louis s'était aussi adressée en 1828, et je ne puis mieux faire que de citer ses paroles; car sur cette question je ne saurais dire autrement ni mieux que lui.

« Ce problème, dit M. Louis, est impossible à résoudre dans l'état actuel de la science, et l'on conçoit combien l'incertitude qui règne sur ce point peut se prolonger, puisque la saignée, le meilleur moyen d'arriver à une démonstration rigoureuse, ne peut être faite qu'au moment où on est déjà malade, et que si alors (quelque rapprochée qu'elle soit du début) le sang offre la plus légère altération, on peut la croire consécutive; toutefois, cette altération, loin d'être invraisemblable, est au contraire fort à présumer dans plusieurs cas. Elle n'est point invraisemblable, puisqu'on voit tous les jours des affections locales survenir chez les animaux à la suite de l'injection de certaines substances dans leurs veines, et des poisons en particulier; que plusieurs virus, celui de la variole et de la vaccine, ont très probablement le sang pour véhicule; elle est présumable dans plusieurs cas de maladies d'organes placés à portée de la vue, chez quelques sujets atteints d'angine gutturale et d'érysipèle par exemple, quand ces maladies sont précédées, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, de symptômes généraux qui ne peuvent pas être attribués à l'affection locale qui n'existe pas encore, et ont néanmoins une cause qui semblerait plutôt résider dans le sang que partout ailleurs. Ces probabilités ne sont pas des démonstrations, mais elles indiquent qu'il y a ici un point d'une extrême importance à éclairer, et vers lequel on ne saurait trop diriger son attention (1). »

### § II. *Chaleur, sueurs, état fébrile.*

Une chaleur le plus souvent vive et incommode était un

(1) *Fièv. typh.*, t. II, p. 178, 2e édit.

des phénomènes qui survenait dès le début de la maladie ou qui succédait immédiatement aux frissons lorsque ceux-ci avaient marqué l'invasion de la pneumonie. Je n'ai jamais mesuré le degré de la chaleur morbide, à l'aide d'un thermomètre, car je crois avec beaucoup de médecins et en particulier avec M. le professeur Chomel (1), que la main est le meilleur ou plutôt le seul instrument que l'on puisse employer pour ces recherches. J'ai vu que chez un bon quart des sujets la chaleur de la peau avait été médiocrement élevée pendant toute la durée de la maladie, ou du moins durant toute l'époque pendant laquelle les malades avaient été soumis à mon observation. Chez les autres, la chaleur avait été vive, quelquefois elle avait été sèche, âcre, et cette modification avait persisté pendant un ou plusieurs jours. Dans la plupart des cas, la chaleur de la peau a été en raison directe de l'accélération du pouls et de la fréquence de la respiration; toutefois il n'était pas très rare de voir des individus chez lesquels il n'y avait pas proportion entre l'état de la circulation et la chaleur morbide; ce qui fait supposer que la maladie elle-même peut exercer sur la peau une action spéciale. Il faut admettre également que dans quelques cas fort rares, la peau après avoir dégagé pendant la période aiguë de la maladie une plus grande quantité de calorique, continue ensuite à présenter une température plus élevée, bien que le pouls et la respiration aient perdu leur fréquence, et que l'engorgement pulmonaire soit devenu beaucoup moins considérable; c'est ce que j'ai observé chez quelques malades. On dirait alors que la peau a conservé une sorte d'habitude morbide de dégager une plus grande quantité de calorique. Ce qui prouve cette opinion, c'est que chez ces malades dont je parle, il a suffi de donner un bain tiède un peu prolongé pour modifier complétement et presque instantanément les propriétés de la peau, et pour rendre à cette membrane sa chaleur, sa souplesse et son humidité naturelles.

J'ai recherché sur plusieurs malades si la chaleur morbide de la poitrine était comparativement plus considérable dans le côté affecté et au niveau de la pneumonie que dans le côté sain; j'avoue que je n'ai jamais pu découvrir par le toucher, aucune

(1) *Pathol. génér.*, 3e édit, p. 296.

différence bien sensible. Dans presque tous les cas la chaleur morbide diminuait en même temps que la fréquence du pouls; parfois même la température de la peau devenait plus douce et était moins considérable un et même plusieurs jours avant qu'on ne constatât aucune diminution dans le nombre des pulsations artérielles. La chaleur tout-à-fait sèche, aride de la peau, âcre au toucher, ne se remarqua que momentanément; dans les cas qui se sont terminés d'une manière funeste, elle ne m'a pas paru sensiblement plus fréquente que dans ceux qui ont eu une heureuse issue. Parmi les malades qui succombent, il n'y en a guère qu'un tiers chez lesquels la chaleur de la peau reste sèche, âcre, plus ou moins brûlante jusqu'au terme fatal. Chez les autres, la température est médiocrement élevée, halitueuse, et ce n'est qu'au moment de l'agonie que la sueur devient parfois plus abondante en même temps qu'elle est froide et visqueuse. Quelle qu'ait été la terminaison de la pneumonie, des sueurs plus ou moins copieuses ont été notées chez la plupart des malades dès les premiers jours de l'affection; l'abondance de ces sueurs indépendantes de la température extérieure, et du siége ainsi que de l'étendue de la pneumonie, ont été notées un peu plus fréquemment chez les sujets qui avaient moins de cinquante ans que chez ceux qui avaient dépassé cet âge. J'ai également observé que les sueurs qui avaient lieu au début de la maladie n'apportaient presque jamais aucun soulagement, et ne modifiaient aucun des symptômes de la pneumonie. En général, ce n'est qu'à l'époque où la fièvre tombe qu'on voit les sueurs apparaître de nouveau, et c'est pendant le repos de la nuit qu'elles sont le plus copieuses. J'ai remarqué, comme l'avait déjà fait M. Louis (1) avant moi, que chez la quatrième partie des sujets à peu près les sueurs sont alors assez considérables pour les forcer à changer une ou plusieurs fois de linge dans le courant de la nuit. Je regrette de n'avoir jamais recherché dans ces cas, l'existence des sudamina; toutefois il est probable qu'il n'en existait sinon jamais, du moins fort rarement, puisque de toutes les maladies aiguës, la pneumonie est une de celles dans laquelle M. Louis (2) n'en a

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 733, 2ᵉ édit.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 3, 2ᵉ édit.

point rencontré ; il a vu surtout cette éruption manquer tout-à-fait dans six cas de pneumonie où les sueurs ont été le plus copieuses.

Chez les enfans dès l'invasion de la pneumonie, on observe une chaleur vive à la peau, quelquefois excessive, et qui paraît s'accompagner rarement de sueurs et même de moiteur. Chez les très jeunes enfans, chez les nouveau-nés par exemple, si la pneumonie est simple, la chaleur de la peau sera un de ses premiers symptômes; mais, de même que l'accélération du pouls, dès que la maladie est arrivée à une certaine période, on la voit diminuer, décroître jusqu'à la mort ; elle finit même par être remplacée par le froid des extrémités et une chaleur très faible du tronc (1).

Chez les personnes très âgées, la peau paraît présenter de plus grandes variations que chez l'adulte. En général, elle est chaude et sèche, et peut offrir ces caractères jusqu'à la mort, ou bien elle se refroidit en restant sèche; d'autres fois elle se couvre d'une sueur humide et poisseuse; enfin, dans quelques cas rares, la peau peut présenter une chaleur normale dans tout le cours de la maladie, ou bien être moite sans que la transpiration paraisse augmentée (2).

En résumé la fièvre, qui est spécialement caractérisée par l'élévation de la température et l'accélération du pouls, est un symptôme constant dans les pneumonies primitives. L'intensité du mouvement fébrile est généralement proportionnée à l'étendue de la phlegmasie : toutefois dans quelques constitutions, et spécialement pendant certaines épidémies, on voit une fièvre intense coïncider avec des pneumonies très circonscrites. En général, et toutes choses égales d'ailleurs, la réaction fébrile est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte; elle est surtout plus marquée que chez le vieillard. Quel que soit l'âge des sujets, elle est essentiellement *continue* ou *continente*, pour parler le langage des anciens, c'est-à-dire que son mouvement se soutient au même degré de force pendant plus ou moins longtemps. Sur 100 malades qui ont été examinés soir et matin, il y en a 72 chez lesquels j'ai

(1) *Clin. des mal. des nouveau-nés*, p. 154.

(2) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 168.

constaté, une ou plusieurs fois dans la soirée, une augmentation plus ou moins considérable du mouvement fébrile sans nouveau frisson précurseur. Cette exaspération paraissait avoir été quelquefois provoquée par une émotion morale, par la fatigue qu'avaient fait éprouver des visites importunes, des écarts de régime, l'impression du froid, etc.; mais chez la presque totalité des malades, l'augmentation du mouvement fébrile que je remarquai le soir, paraissait se lier exclusivement, comme celle de la plupart des maladies aiguës, à la révolution du jour et de la nuit.

J'ai déjà dit précédemment que Billard avait commis une erreur grave, en avançant que la réaction fébrile manquait dans les inflammations parenchymateuses des nouveau-nés. M. Valleix a prouvé au contraire, que si la pneumonie est simple, la fièvre existe constamment, pourvu que les petits malades soient explorés à une époque voisine de l'invasion. Au contraire, on voit la fièvre manquer ou n'être qu'éphémère chez les enfans, qui étant déjà débilités par une maladie antérieure grave, éprouvent consécutivement une complication pneumonique. D'ailleurs, que la pneumonie soit primitive ou secondaire, si les malades ne sont examinés qu'à une époque éloignée du début, la fièvre alors a cessé, et elle a été remplacée par un affaissement général; c'est ce qui explique l'erreur de Billard.

### § III. *Symptômes observés du côté des organes digestifs.*

Les symptômes qu'on observe dans le cours de la pneumonie du côté des organes digestifs ne présentent rien qui soit spécial à cette maladie. En effet, les troubles qu'on remarque sont ceux qui accompagnent la plupart des autres pyrexies.

1° *Langue.* La langue examinée sur 200 malades a presque constamment présenté quelques modifications dans sa couleur ou son humidité. Chez près des deux tiers elle offrait un enduit blanchâtre plus ou moins épais, d'autres fois l'enduit était jaunâtre; chez un dix-neuvième des individus, et un peu plus fréquemment chez ceux qui ont succombé, la langue fut aride, plus ou moins sèche, rouge et brunâtre. Ces diverses modifications, qui coïncidaient généralement avec un appareil fébrile plus ou moins intense, apparaissaient rarement dès le début de la

pneumonie; on ne les observait guère en effet avant le cinquième, le sixième ou le septième jour de l'affection. Chez un treizième des sujets, la langue n'a présenté aucune modification notable sous le rapport de son volume, de sa coloration, de son humidité. Chez ces malades la fièvre était en général moins intense; toutefois, j'ai vu un individu qui succomba à la pneumonie, et chez lequel la langue resta parfaitement naturelle pendant tout le cours de la phlegmasie.

2° *Saveur.* Les deux tiers des malades à peu près n'ont eu aucune saveur particulière, la plupart se plaignaient d'un goût fade : ils avaient la bouche pâteuse; les autres accusaient au contraire une saveur amère, et celle-ci paraissait coïncider plus fréquemment avec l'enduit jaunâtre de la langue.

3° *L'inappétence* a été un symptôme constant et a persisté, sauf quelques rares exceptions, pendant toute la durée du mouvement fébrile. Je n'ai jamais eu occasion d'observer cet appétit vorace que M. Chomel a noté plusieurs fois pendant la violence de la maladie, et qui fut constamment l'indice d'une mort prochaine (1).

4° *Soif.* La soif a présenté de grandes variations non-seulement chez les divers malades, mais encore chez le même individu. L'intensité de la soif n'était pas toujours à beaucoup près en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile; toutefois, on peut dire en règle générale que lorsque la soif était très vive la fièvre était aussi très forte. Je n'ai trouvé aucun rapport ordinaire entre l'intensité de la soif et l'abondance de la transpiration.

5° *Vomissemens.* Je ne dirai rien des douleurs épigastriques soit spontanées, soit à la pression, parce que j'ai négligé chez la plupart des malades de rechercher ce phénomène. Quant aux vomissemens je les ai notés chez un cinquième des malades; je les ai vus un peu plus fréquens chez ceux qui ont succombé. Ces résultats ne diffèrent point de ceux que M. Louis avait déjà indiqués. Les vomissemens eurent lieu à une époque rapprochée du début, car chez presque tous les malades ils furent observés dans les trois premiers jours de l'affection. Si la pneumonie survenait peu après le repas, les matiè-

(1) *Path. génér.*, p. 536, 3e édit., Paris, 1840.

res rejetées étaient des alimens plus ou moins altérés ; mais chez presque tous les autres les vomissemens étaient de nature bilieuse, ce dont on pouvait se convaincre par l'inspection des matières rejetées ou bien par la saveur particulière que les malades avaient ressentie. Dans les deux tiers des cas, les vomissemens ne furent que momentanés, chez les autres ils persistèrent pendant un, deux, trois et quatre jours ; ils se reproduisirent alors à des intervalles plus ou moins éloignés. Un tiers des malades a éprouvé momentanément des nausées sans qu'on ait jamais observé chez eux aucun vomissement.

5° *Dévoiement, constipation.* La plupart des malades ayant pris soit du tartre stibié, soit de l'eau de Sedlitz ou de l'huile de ricin, je n'ai pu étudier l'influence qu'exerce sur le gros et le petit intestin un mouvement fébrile un peu prolongé. Toutefois, sur 51 malades qui dans les six premiers jours de la pneumonie ne firent usage d'aucune substance purgative, et qui en outre ne commirent aucun écart de régime, il y en a 42 chez lesquels j'ai noté de la constipation ou des selles régulières ; les neuf autres malades éprouvèrent une diarrhée ordinairement légère qui survint surtout le premier et le cinquième jour, n'eut qu'une durée de un à six jours, et s'accompagna communément de quelques douleurs abdominales. M. Louis a le premier démontré que ces diarrhées étaient généralement produites par une altération plus ou moins étendue de la muqueuse intestinale, altération dont le degré et la fréquence étaient proportionnés à la violence du mouvement fébrile. Il faut donc conclure que la diarrhée sera un symptôme d'autant plus commun que les malades seront arrivés à une période plus avancée. Ainsi, M. Louis (1) qui a noté la diarrhée chez 23 des 35 pneumoniques qui ont succombé, observe que ce symptôme fut proportionnellement moins fréquent chez ceux qui moururent avant le onzième jour de la maladie que chez ceux qui succombèrent après cette époque. Elle était beaucoup moins fréquente, beaucoup moins forte au début que quelques jours avant la mort, et n'eut lieu que chez la moitié des sujets

(1) *Fièv. typh.*, 2e édit., t. 1er, p. 440.

emportés par d'autres maladies aiguës généralement moins inflammatoires que la pneumonie.

Les vomissemens et la diarrhée paraissent être beaucoup plus rares dans le cours des pneumonies qui affectent les enfans nouveau-nés. Au contraire chez les enfans plus âgés, chez ceux qui sont compris entre deux et cinq ans, les voies digestives sont presque toujours dans un état plus ou moins anormal (1). Ainsi la plupart des malades ont du dévoiement, tandis que les vomissemens ne semblent exister que dans des cas assez rares et purement exceptionnels. Lorsque la pneumonie occupe une certaine étendue, la soif, suivant MM. Rilliet et Barthez, serait excessivement vive, infiniment plus qu'elle ne l'est chez l'adulte. De cinq à quinze ans, les voies digestives n'ont guère offert d'autres phénomènes morbides que la soif et l'anorexie.

La vieillesse apporte aussi quelques modifications dans l'influence sympathique que la pneumonie exerce sur les organes digestifs. C'est en effet chez les vieillards surtout que la langue se dessèche et se recouvre promptement d'enduits noirâtres et fuligineux. C'est ainsi que les deux tiers des malades, dont la langue a offert ce caractère, avaient tous dépassé 62 ans. MM. Hourmann et Dechambre (2) ont noté également que chez les vieilles femmes de la Salpêtrière qui sont affectées de pneumonie, la langue est le plus souvent sèche, raccornie, dure, fendillée, etc. La diarrhée m'a paru un peu moins fréquente au début de la pneumonie chez les vieillards que chez l'adulte; toutefois il ne paraît pas en être de même à une période avancée : ainsi à la Salpêtrière on a observé que ce symptôme se manifestait surtout à un degré avancé de la pneumonie, et qu'elle avait plus de tendance que chez l'adulte à s'établir d'une manière permanente après l'emploi des purgatifs.

## § IV. *Examen de l'urine.*

Il est intéressant d'étudier les changemens principaux que la pneumonie imprime à la sécrétion urinaire. Dans la plupart

(1) *Rilliet et Barthez*, p. 99.

(2) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 166.

des observations que j'ai recueillies à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, j'ai négligé de constater l'état de l'urine, ou du moins l'examen que j'avais fait de ce liquide, dans quelques cas rares, avait été incomplet, puisqu'il n'avait pas été continué dans les diverses périodes de la maladie. Depuis trois ans, et l'année dernière surtout, dans le service qui m'a été confié à l'Hôtel-Dieu (annexe), j'ai essayé de combler cette lacune, en recueillant moi-même 42 observations de pneumonie, dans lesquelles l'urine a été examinée tous les jours, depuis l'entrée des malades à l'hôpital jusqu'à leur sortie. L'urine était le plus souvent rendue pendant la visite, directement dans des verres à patte; quelquefois elle avait été excrétée plusieurs heures auparavant. J'ai étudié ce liquide sous le rapport de sa quantité, de sa couleur, de son odeur, de son acidité, de sa transparence, de ses dépôts et des précipités qu'on y faisait naître en la chauffant ou en la traitant par l'acide nitrique. Peu habitué aux expériences chimiques et microscopiques, je regrette de n'avoir pu rendre mes recherches aussi complètes que j'aurais désiré.

On a dit que dans la période aiguë de la pneumonie, l'urine était sécrétée en quantité moins considérable que de coutume. Cette opinion m'a paru être vraie pour la moitié des malades; toutefois, je n'ai pu avoir à ce sujet aucune certitude absolue, car il eût fallu pour cela recueillir toute l'urine excrétée dans les 24 heures, pendant toute la durée de la maladie et pendant la convalescence, en ayant égard aux diverses circonstances, telles que les sueurs, la quantité de boissons ingérées, qui pouvaient modifier la sécrétion rénale. Chez l'autre moitié des malades, tantôt l'urine n'a paru éprouver aucune modification dans sa quantité, tantôt les malades étaient trop souffrans ou trop peu intelligens pour que leurs réponses pussent m'inspirer quelque confiance.

L'urine rendue dans la période aiguë de la pneumonie, est généralement d'une couleur plus foncée, rouge ou jaune. Dans un tiers des cas seulement, elle m'a paru plus acide que d'ordinaire, car le papier bleu de tournesol avec lequel je la mettais en contact était rougi très fortement et instantanément. Je crois qu'on a eu tort de signaler l'excès d'acidité de l'urine comme étant un phénomène constant dans la première période de la

pneumonie; cet effet ne peut avoir lieu que lorsque le liquide contient un excès d'acide libre qui est ordinairement de l'acide urique. On a encore prétendu que dans la pneumonie, l'odeur de l'urine était plus vive et plus pénétrante que de coutume. Ce n'est que chez la moitié des malades à peu près que l'urine m'a paru exhaler une odeur plus forte que d'habitude; mais je n'ai pas cherché à spécifier cette odeur. Cependant il y a un médecin à Paris qui, depuis quelques années, note avec grand soin dans ses observations de fièvre typhoïde et de pneumonie, si l'urine rendue par les malades a une odeur de lait, de souris, de bête fauve, du bouc, ou si au contraire elle exhale le parfum du réséda, de la violette, du nougat, du pain-d'épice (1). De pareils détails ont paru presque puérils à quelques personnes ; je les crois au moins inutiles, et je ne sache pas que le médecin dont je parle ait encore retiré de ses nombreuses recherches sur le parfum des urines quelque signe important pour le diagnostic et le pronostic des maladies.

Chez un quart des malades dont je parle, du quatrième au neuvième jour de la maladie, j'ai vu les urines se troubler spontanément et présenter des nuages, des dépôts, des sédimens plus ou moins considérables ; toutefois, il est probable que si j'avais constamment examiné les urines plusieurs heures après leur émission, j'aurais observé des énéorèmes et des dépôts bien plus fréquemment. L'on sait en effet, que certaines urines rendues dans la période la plus aiguë des phlegmasies, doivent à l'excès d'acide qu'elles contiennent la propriété de ne se troubler que lentement par le refroidissement, et de ne donner lieu qu'à un léger sédiment. M. Bouillaud a prétendu (2) que vers la fin du deuxième degré et dans le cours du troisième, les urines se troublent et précipitent abondamment. Il dit que le précipité est composé de flocons jaunâtres ou grisâtres, ou bien d'une matière blanchâtre, épaisse, liquide, ressemblant à du pus, tandis que dans la convalescence le liquide reprend sa limpidité. Ces premiers résultats de M. Bouillaud sont loin d'être confirmés par les faits qu'il a réunis depuis, dans sa Clinique. Quant

(1) *Bouillaud, Clinique de l'hpital de la Charité*, t. II, p. 178.
(2) *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, p. 576.

à mes propres observations, je dirai que chez quatre malades qui ont succombé avec une hépatisation rouge ou grise, l'urine examinée pendant toute la durée de la maladie, a été plusieurs fois un peu trouble; mais elle n'a jamais présenté spontanément un dépôt un peu copieux. C'est pendant la convalescence même, ou au moment de la diminution des accidens, ou bien quelques jours avant cette époque, que les urines ont déposé. Ces résultats sont conformes à ceux de M. Rayer (1). Cet habile et laborieux observateur a remarqué, en effet, que dans la dernière période de plusieurs maladies aiguës, quand elles approchent de leur solution, les malades rendent quelquefois une urine moins aqueuse que l'urine normale; elle se trouble rapidement, et donne un sédiment considérable, formé particulièrement par de l'urate d'ammoniaque, mélangé ou non d'acide urique, substances dont M. Rayer a souvent constaté l'abondance dans l'urine des sujets affectés de pneumonie (2).

Chez les quarante-deux malades dont j'ai recueilli l'histoire, j'ai constamment traité l'urine par l'acide nitrique, et voici les résultats que j'ai obtenus. Parmi les quatre malades qui ont succombé, aucun n'a présenté de trouble ou de coagulum, soit par l'acide, soit par la chaleur; chez les trente-huit malades qui ont guéri, l'urine, traitée par l'acide nitrique, n'a offert aucun trouble chez deux sujets; chez tous les autres le réactif chimique a produit des nuages et des coagulum situés plus ou moins près de la surface du liquide, ou a donné enfin des précipités blancs ou grisâtres, d'aspect albumineux, et qui gagnaient le fond du vase. Ces précipités n'ont jamais été formés par de l'albumine; car, renfermés dans un tube de verre et chauffés jusqu'à ébullition, ils se sont toujours dissous complétement, et l'urine est redevenue tout à fait transparente. La chimie et le microscope ont prouvé, à quelques expérimentateurs, que ces précipités étaient composés de mucus, d'urée, d'acide urique, et surtout d'urate d'ammoniaque; d'ailleurs, la précipitation de ce dernier sel au moyen de l'acide nitrique est un phénomène chimique qu'il est encore difficile d'expliquer. Je n'ai jamais déterminé ces précipités abondans, tout à fait au début de la pneumonie

(1) *Traité des maladies des reins*, Paris, 1839, t. I, prolégomènes, p. 78.
(2) Même volume, p. 51.

et assez rarement pendant la période la plus aiguë de la maladie. Ainsi, chez 8 malades seulement, j'ai vu l'urine se troubler pour la première fois, ou présenter un précipité par l'acide nitrique, 24, 36 heures, et même deux jours avant qu'on remarquât un amendement quelconque dans les symptômes inflammatoires; chez 14 malades, au contraire, l'apparition du précipité dans l'urine, a coïncidé avec un amendement survenu dans les phénomènes généraux et locaux de la maladie, et chez 16 autres le trouble du liquide n'a été observé que 1, 2, 3, 4 et même 5 jours, après le début de la convalescence. Parfois ces précipités ont été de suite abondans; mais dans la plupart des cas, ils étaient d'abord peu marqués et se formaient lentement, tandis que les jours suivans ils étaient plus copieux, et se produisaient instantanément dès qu'on versait l'acide. Il est rare aussi de voir les précipités cesser brusquement d'un jour à l'autre, surtout s'ils ont été abondans. Dans les deux tiers des cas l'urine reste précipitable pendant un à trois jours. Le phénomène persiste rarement jusqu'au septième; je ne l'ai vu qu'une seule fois avoir lieu jusqu'au dixième.

La plupart des résultats que je viens d'indiquer sont confirmés par ceux que M. le docteur Martin Solon avait déjà obtenus (1). Ce médecin, ayant étudié chaque jour avec soin, et aux diverses époques de l'affection, l'urine de 24 malades atteints de pneumonie, n'a trouvé que deux individus chez lesquels on n'ait observé que des nuages imparfaits, peu abondans, quelquefois même contestables; la pneumonie avait chez eux peu d'intensité; le parenchyme pulmonaire était médiocrement atteint, et dans une petite étendue. Chez les 22 autres individus l'urine a fourni des précipités abondans; dans deux cas le liquide fut trouvé coagulable par le calorique; c'était de l'albumine; chez les 20 autres l'urine ne précipitait que par l'acide nitrique, et le précipité formé surtout par l'urate d'ammoniaque, se dissolvait par l'action de la chaleur. M. Martin Solon a vu les urines coagulables et précipitables; arriver à des époques variées; du 1[er] au 4[e] septenaire. Chez 17, l'état jumenteux se joignait à la coagulabilité, mais il a remarqué que généralement les urines précipitables ne commençaient à paraître que

(1) *De l'albuminurie*, Paris, 1838, p. 366.

lorsque l'état jumenteux avait cessé. En général, la propriété coagulable ou précipitable de l'urine, n'a été bien marquée, qu'au moment de la solution de la maladie; avant cette époque, elle était nulle ou peu abondante; elle a toujours cessé une fois la pneumonie terminée. On voit que ces derniers résultats diffèrent un peu de ceux que j'ai moi-même obtenus plus haut.

D'après les faits qui précèdent, on voit que les précipités que donne l'urine, lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, sont rarement formés d'albumine. Toutefois M. Rayer (1) dit avoir rencontré plusieurs fois des urines albumineuses dans le cours de la pneumonie; il ne peut toutefois préciser la proportion dans laquelle il a observé ce phénomène. Dans tous les cas le coagulum était peu abondant, et il l'a vu plus souvent dans le cours de la pneumonie, lorsque l'urine était rare et fortement colorée, qu'à l'époque de la terminaison. M. Rayer suppose que chez ces malades les reins devaient être hypérémiés. Dans d'autres cas de pneumonie, le même auteur a vu, non-seulement l'albumine, mais encore tous les autres élémens du sang, passés dans l'urine. Il y avait encore alors probablement, quelque grave complication rénale.

Dans une autre partie de cet ouvrage je tâcherai de déterminer quelle est la valeur séméiotique des divers précipités de l'urine que je viens d'indiquer. De même, à l'article qui est consacré à la pneumonie bilieuse, je rechercherai si l'urine contient quelquefois de la bile en nature ou ses élémens principaux. Les expériences de Vogel et de G. Bischoff ayant démontré que les reins, à l'instar des poumons, séparaient l'acide carbonique du sang qui leur arrive (2), il serait curieux de déterminer si dans la pneumonie, cet acide ne serait pas exhalé par les reins en plus grande proportion que de coutume pour suppléer à l'inertie des poumons.

On n'a pas encore tenté beaucoup d'expériences pour connaître les modifications qui surviennent, pendant le cours des maladies, dans la pesanteur spécifique de l'urine; cependant M. Rayer (3) a publié le résultat de quelques essais, faits sur l'urine

(1) *Traité des maladies des reins*, Paris, 1839, t. I, p. 378, § 449.

(2) *Rayer, maladies des reins*, t. I, p. 51, prolégomènes.

(3) *Idem*, t. I, p. 71 et 74.

de cinq pneumoniques. Il résulte de ces recherches que la pesanteur spécifique de ce liquide, calculée d'après l'aréomètre de Baumé, qui pour l'état normal peut être fixé à 1,018, celle de l'eau était 1000; était à l'époque de l'invasion de 1001, 2; de l'état 1016, 4; de l'hépatisation 1024, 8 — 1030, 4; de la convalescence, 1016, 4 — 1004. D'où il résulte que, dans la pneumonie, la pesanteur spécifique de l'urine aurait son maximum quand la maladie est arrivée à son plus haut degré d'intensité, tandis qu'elle serait au-dessous de l'état normal, soit pendant la convalescence, soit pendant l'invasion.

Les modifications présentées par l'urine dans le cours de la pneumonie n'ont pas été différentes chez l'adulte et chez les vieillards. J'ignore si ce que j'ai dit précédemment, peut s'appliquer à l'enfance ; car je n'ai fait aucune expérience pour le vérifier, et les auteurs qui ont étudié la pneumonie dans le jeune âge n'en ont nullement parlé.

J'indiquerai dans l'article suivant, les modifications qu'éprouve la sécrétion urinaire lorsque la pneumonie survient consécutivement à une maladie des voies urinaires.

### § V. — *Symptômes cérébraux.*

1° *Céphalalgie.* Parmi les phénomènes sympathiques de la pneumonie, la céphalalgie est un des plus fréquens : c'est ainsi que sur 125 malades chez lesquels la douleur de tête a été recherchée avec soin, il n'y en a que 20, ou un peu moins d'un sixième, qui n'ont jamais présenté ce symptôme à aucune époque de la maladie. Ce résultat diffère à peine de celui qui a été obtenu par M. Louis (1) qui, sur 57 pneumoniques dont il a recueilli l'histoire, vit la céphalalgie manquer tout à fait chez 8 seulement. La douleur de tête se manifeste toujours dès le début de la phlegmasie ; en parcourant toutes mes observations, je n'ai trouvé que 3 malades qui aient fait exception à cette règle. Dans les cinq sixièmes des cas, la douleur occupait tout le front; chez les autres elle était bornée aux régions sus-orbitaires, syncipitale, ou bien enfin elle semblait en-

(1) *Fièv. typh.*, 2e édit., Paris, 1841, t. II, p. 4.

vahir toute la périphérie du crâne. Dans les quatre cinquièmes des cas, la céphalalgie était vive, incommode, consistait en élancemens ou en une constriction pénible ; chez un cinquième des malades, elle était légère et en général gravative. Elle acquérait son maximum d'intensité du premier au quatrième jour, diminuait ensuite spontanément, de telle sorte que, chez les cinq sixièmes des malades, elle avait complétement cessé à la fin du septième jour ; chez les autres, elle a persisté jusqu'au huitième, neuvième et même dixième jour. Dans les faits rapportés par M. Louis, elle n'avait jamais dépassé huit jours. Je n'ai remarqué aucune différence bien notable sous le rapport de l'intensité de la céphalalgie et de sa durée entre les malades qui ont guéri et ceux qui ont succombé ; toutefois, parmi ces derniers, la céphalalgie n'a manqué que chez un dix-huitième, c'est-à-dire beaucoup plus rarement que chez les autres. On peut établir, comme règle générale, qu'une céphalalgie très-intense coïncide avec un appareil fébrile violent; toutefois, il serait impossible de rien établir d'absolu à ce sujet; il y a de nombreuses exceptions : il n'est pas rare en effet de rencontrer des pneumonies bénignes, peu étendues, qui déterminent peu de fièvre et qui s'accompagnent pourtant d'une douleur de tête très vive.

La céphalalgie ne m'a offert aucune différence, sous le rapport de la fréquence et de l'intensité, chez l'adulte et chez les individus compris entre soixante et soixante-quinze ans. J'ignore s'il en est tout à fait de même dans un âge plus avancé. Chez les jeunes enfans, la douleur de tête est un phénomène qu'on ne peut constater. Il paraît résulter des recherches de MM. Rilliet et Barthez (1), que la céphalalgie serait moins fréquente chez les enfans de deux à quinze ans que chez les adultes ; dans les cas où ils l'ont observée, elle était frontale et ne présentait pas une grande intensité.

2° Quant au délire, au coma et à divers accidens convulsifs qui peuvent se déclarer pendant le cours de la pneumonie, j'en parlerai plus tard, lorsque je traiterai des complications. Une insomnie complète est rare dans la pneumonie; elle est d'ailleurs généralement proportionnée à la douleur et à l'agitation fébrile.

3° *Etat des sens.* Ce n'est que dans des cas assez, rares et

(1) *Loco cit.*, p. 98.

pour ainsi dire accidentellement, qu'on voit survenir un trouble quelconque des sens dans le cours de la pneumonie. J'ai noté l'épistaxis chez un huitième des malades compris au dessous de 35 ans. Cette hémorrhagie a toujours été peu considérable ; elle a eu lieu passagèrement et ne s'est montrée que dans le premier septenaire. M. Louis (1) a observé des épistaxis chez 8 des 57 pneumoniques dont il a analysé les observations, dans son immortel ouvrage sur la fièvre typhoïde. L'épistaxis apparut du premier au onzième jour : unique chez 3 sujets, elle se répéta 3, 4, 6 et 8 jours de suite chez les autres, et fut quelquefois très abondante.

Chez un sixième environ des pneumoniques, j'ai noté des éblouissemens, des étourdissemens et des vertiges. Ces phénomènes coïncidaient généralement avec un appareil fébrile, intense et une céphalalgie frontale violente. D'ailleurs, ils étaient le plus souvent passagers, n'existaient que dans les 5 ou 6 premiers jours, et, sauf quelques rares exceptions, ils n'avaient jamais la même intensité et la même persistance que dans le cours de la fièvre typhoïde.

Deux malades, chez lesquels on avait cru d'abord à l'existence d'une fièvre typhoïde commençante, avaient présenté un bourdonnement très incommode. Je crois ce phénomène rare, bien que j'ai manqué de le rechercher dans la plupart des cas. M. Louis d'ailleurs, ne paraît l'avoir noté qu'une seule fois chez un pneumonique (2).

## § VI. — *État des forces.*

Les forces ont été constamment plus ou moins diminuées, et cette diminution était généralement en rapport avec l'étendue de la phlegmasie. Toutefois il y avait à ce sujet de nombreuses exceptions, sur lesquelles je reviendrai plus tard, lorsque je parlerai des pneumonies typhoïdes et grippales. Dans la pneumonie franche, exempte de complication, les malades conservent encore pendant assez longtemps un certain degré de force et d'énergie. Ainsi il nous arrive fréquemment de voir au

(1) *Loc. cit.,* t. II, 2e édit. p. 85.

(2) Tom. Ier, p. 95, 2e édit.

bureau central, des individus qui éprouvant depuis 5, 6, 7 jours et plus, les symptômes d'une pneumonie grave, et occupant la plus grande partie d'un poumon, arrivent cependant seuls et à pied de quartiers très éloignés ; ils attendent quelquefois plusieurs heures avant qu'ils puissent être examinés par le médecin de service, et beaucoup étant désignés pour des hôpitaux lointains, peuvent encore entreprendre à pied, et sans secours, une course plus ou moins longue. L'affaiblissement ne fut pas en général sensiblement plus considérable au début, chez les sujets qui succombèrent que chez ceux dont la maladie eut une heureuse issue.

Si pendant les phénomènes prodromiques, des malades ont pu rester levés et continuer à se livrer à leurs occupations, il n'en a pas été généralement de même lorsque la pneumonie a été suffisamment caractérisée. Nous voyons, en effet, que sur 68 malades 34 furent contraints de s'aliter de suite, moins à cause de la faiblesse peut-être, que du malaise général qu'ils éprouvaient. C'est pour le même motif que 20 autres sujets, sans être forcés de se mettre au lit immédiatement, ne purent cependant continuer à se livrer à leurs occupations ordinaires; enfin les 14 malades qui restent purent encore, pendant plusieurs jours, se livrer à leurs travaux avec beaucoup de peine, et si quelques-uns gardaient le lit, ils pouvaient néanmoins le quitter encore de temps en temps. On peut dire que, dans la grande majorité des cas, l'abattement des forces n'existe guère qu'au degré qu'on observe communément dans la plupart des pyrexies. Cependant chez un quatorzième ou un quinzième des malades environ, la faiblesse dépassa les limites ordinaires : les individus étaient tout à fait incapables de marcher. Un peu de diarrhée pouvait bien à la rigueur, dans quelques cas, expliquer ce surcroît de faiblesse ; néanmoins le plus souvent il était impossible de s'en rendre compte par aucune des circonstances concomitantes de la maladie. En général, les forces se conservent à un certain degré, non-seulement au début de la pneumonie, mais dans presque tout son cours. De toutes les maladies fébriles un peu graves, la pneumonie est peut-être celle qui abat le moins les forces; il n'est pas rare, en effet, de voir dans nos hôpitaux, des pneumoniques déjà arrivés à une période avancée et qui ont été affaiblis par un traitement anti-phlogistique énergique, pouvoir quel-

quefois se lever de leur lit, s'habiller à moitié et marcher sans aide, pour aller satisfaire quelque besoin.

Toutes choses égales d'ailleurs, les forces se prostrent plus vite et plus complétement chez les vieillards que chez les adultes. L'on sait en effet, que l'accablement extrême, l'anéantissement des forces, est un des caractères prédominans de la pneumonie adynamique, qui est une des formes les plus communes chez les personnes âgées. Nous ne savons rien de positif sur l'état des forces chez les jeunes enfans atteints de pneumonie, comparativement à ceux qui ont toute autre affection aiguë.

§ VII. — *Symptômes fournis par l'habitude extérieure.*

Je vais étudier successivement l'état du facies et du décubitus chez les malades affectés de pneumonie.

1° *Facies.* — Le facies des malades atteints de pneumonie varie non-seulement suivant le degré auquel l'affection est parvenue, mais aussi suivant les divers individus. On dit généralement que dans la pneumonie, la figure des malades est rouge, animée, vultueuse; que les joues et les régions malaires sont couleur de feu (J.-P. Frank); et que dans les pneumonies bornées à un seul poumon, la rougeur est beaucoup plus intense sur la pommette correspondante que sur celle du côté opposé.

J'ai étudié l'état du facies sur 66 malades entrés du deuxième au huitième jour de la maladie, et voici ce que j'ai noté à ce sujet. Chez 16 la figure présentait une expression naturelle, le teint pourtant était généralement un peu plus animé que de coutume. Chez 22 autres, la figure était pâle, et ces malades portaient sur leurs traits une expression de souffrance; enfin chez 28 le facies était rouge animé, vultueux. Parmi ceux-ci 16 avaient une rougeur générale, occupant toute la face, mais plus intense aux joues, tandis que chez les 12 autres, la rougeur était exactement limitée aux pommettes, ou bien elle y était beaucoup plus intense que partout ailleurs. En outre chez 12 des malades dont je parle, l'une des pommettes était beaucoup plus colorée que l'autre.

J'ai recherché s'il y avait quelque rapport entre cette colora-

tion et le siége de la pneumonie. M. Bouillaud (1) a dit que la rougeur des pommettes lui avait paru, toutes choses égales d'ailleurs, plus prononcée dans la pneumonie du sommet, que dans celle des lobes inférieurs. Mes observations viennent confirmer cette opinion, puisque parmi les 12 malades dont j'ai parlé, 8 c'est-à-dire les deux tiers étaient affectés d'une pneumonie du lobe supérieur d'un des poumons. Toutefois à cause du petit nombre de faits, il convient de n'accepter encore qu'avec réserve l'opinion émise d'abord par M. Bouillaud. Quelques médecins croient généralement aujourd'hui que dans les pneumonies bornées à un seul poumon, la pommette correspondant au côté malade est beaucoup plus rouge que celle du côté opposé. M. Andral (2) s'est élevé contre cette assertion, et il a pensé que la coloration plus vive de la joue correspondant au côte affecté, ne se remarque que dans les cas où le décubitus avait eu lieu sur le côté malade. D'aprés cette manière de voir, l'injection des pommettes serait un phénomène purement mécanique. Je crois qu'il est impossible de révoquer en doute l'influence du décubitus. C'est ainsi que sur deux individus, la coloration en rouge d'une des pommettes dépendait certainement de ce que ces malades étaient couchés depuis plusieurs heures sur le côté. Toutefois chez les dix autres sujets on ne pouvait invoquer cette circonstance; car tous gardaient depuis longtemps, la position horizontale sur le dos, et la plupart même ne pouvaient prendre aucune autre attitude. Or, parmi ces dix individus, il y en avait cinq ou la moitié, chez lesquels la couleur rouge était beaucoup plus intense, sur la pommette qui correspondait au poumon malade, tandis que le contraire se remarquait chez les autres malades. Il semblerait donc résulter de ces faits qu'on ne peut établir aucun rapport certain entre le poumon affecté et le siége de la coloration de la face.

D'ailleurs la figure ne reste colorée, du moins d'une manière aussi vive, aussi intense, que dans le premier et une partie du deuxième degré de la pneumonie; car à mesure que la maladie fait des progrès, surtout si elle doit avoir une issue funeste, la coloration de rouge quelle était devient bleuâtre ou livide, le teint

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, tom. XIII, p. 375.

(2) *Clin. médicale de l'hôpital de la Charité*, t. III, p. 503.

devient pâle, puis jaunâtre et terreux. Les traits s'altèrent de plus en plus; ils expriment en même temps une anxiété qui est proportionnée à la gêne que les malades éprouvent pour respirer.

Un auteur moderne a prétendu que les enfans portaient sur leur visage, les signes des maladies dont ils étaient atteints. Il a avancé que certains changemens dans les traits, certains sillons plus ou moins marqués, correspondaient constamment à une affection déterminée de la tête, de la poitrine ou du ventre. Les médecins qui depuis quelques années se sont occupés avec le plus de succès de la pathologie de l'enfance, n'ont nullement confirmé ces idées, et aujourd'hui tous s'accordent à regarder les divers plis que présente la peau du visage, comme étant plutôt l'indice d'une souffrance générale, que le signe d'une maladie des viscères thoraciques et abdominaux. Ainsi la ride naso-labiale, les commissures des lèvres tirées en dehors, les paupières à demi fermées et les sourcils froncés, se rencontrent indistinctement chez tous les enfans, qui souffrent ou qui sont sur le point de pleurer. Chez eux la coloration de la face offre les mêmes variations que chez l'adulte. Toutefois on voit surtout chez les très jeunes enfans la pâleur se montrer rapidement, et arriver en peu de temps à un degré considérable.

Enfin chez le vieillard, la rougeur de la face persiste aussi, en général moins longtemps que chez l'adulte, et prend bientôt un aspect sale et terreux.

2° *Décubitus*. Beaucoup de médecins, surtout parmi les anciens qui confondaient entre elles la pleurésie et la péripneumonie, avaient prétendu que les individus atteints d'inflammation pulmonaire se couchaient de préférence sur le côté malade. M. Andral (1) a pensé au contraire que rien n'était moins exact qu'une pareille opinion. Ce professeur dit, en effet, qu'il y a à peine un malade sur 15 qui affecte ce décubitus; tous les autres restant constamment couchés sur le dos. M. Bouillaud (2) dit au contraire s'être assuré, chez le plus grand nombre des malades, que la dyspnée était plus grande, lorsqu'ils se couchaient sur le côté sain que lorsqu'ils prenaient la position opposée.

(1) *Clin.*, t. III, p. 504, 4e édit.

(2) *Diction. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII, p. 569.

J'ai cherché à étudier cette question sur 64 malades, et voici ce qui résulte de l'analyse de ces observations. Presque tous étaient couchés sur le dos, ou étaient légérement inclinés sur l'un ou l'autre côté; et cette position était presque la seule qu'ils prissent d'une manière un peu continue. Cependant en faisant placer ces malades alternativement sur l'un et l'autre côté, on pouvait se convaincre que pour 48, il était encore possible de rester sur le côté malade; quelques-uns même gardaient constamment cette position, comme étant moins pénible que les autres; d'autres se couchaient alternativement sur le dos et sur le côté affecté; chez huit le décubitus sur le côté malade était tout à fait impossible; car la douleur, la dyspnée, augmentaient tout aussitôt, et ces individus étaient forcés de rester constamment sur le dos; chez quatre de ces derniers le décubitus ne pouvait même avoir lieu que sur *le côté sain.* Enfin, les huit autres malades se couchaient indifféremment sur le dos ou sur les deux côtés, quelques-uns pouvaient même se coucher sur le ventre et y rester assez longtemps. On voit donc que les faits confirment l'opinion de J. Frank (1) et de Laënnec que le décubitus des malades atteints de pneumonie était très variable. Le siége de la pneumonie m'a paru avoir moins d'influence sur le décubitus que l'intensité de la douleur. Dans les cas où celle-ci est vive, très aiguë, le décubitus ne se fera en général que sur le dos ou sur le côté affecté. Si j'en excepte un seul malade, tous les individus chez lesquels le décubitus était indifférent, ou se faisait de préférence sur le côté sain, n'accusaient aucun point de côté ou n'éprouvaient qu'une douleur très légère. Aussi, est-il ordinaire de voir les mouvemens et le décubitus devenir plus libres lorsque la douleur a diminué d'intensité, lors même que la pneumonie n'aurait encore fait aucun progrès vers la résolution. Mais à mesure que l'inflammation envahit une plus grande surface, et lorsque l'hépatisation devient de plus en plus complète, lorsque aussi la dyspnée, l'oppression sont en rapport avec l'étendue et le degré de la phlegmasie, les malades alors ne peuvent avoir d'autre position que le décubitus dorsal, la tête et la poitrine très élevées.

(1) *Prax*, vol. secun. pars secun., p. 300.

Le décubitus n'offre rien de bien spécial dans les différens âges. Ainsi, MM. Rilliet et Barthez ont noté que les enfans de 2 à 5 ans, qui étaient affectés de pneumonie, se couchaient ordinairement sur le dos ou indifféremment de l'un et l'autre côté. Chez les sujets de 6 à 15 ans, le décubitus ne leur a rien offert de spécial (1).

## ARTICLE III.

### Modifications que lés symptômes précédens éprouvent dans les pneumonies consécutives.

Si on se rappelle dans quelles conditions particulières de l'économie on voit survenir les inflammations consécutives des poumons, on concevra facilement que, sous leur influence, les symptômes de la maladie intercurrente doivent éprouver des modifications plus ou moins nombreuses. L'observation a prouvé en effet, que lorsque la pneumonie se déclare chez un individu atteint d'une maladie grave, qui a déjà diminué ou anéanti les forces, émoussé la sensibilité générale, quelques-uns des symptômes qui la caractérisent ordinairement, manquent tout à fait; d'autres sont moins tranchés, plus obscurs ou tout à fait passagers. Il est nécessaire de bien saisir toutes ces nuances; car c'est de leur connaissance exacte, que dépendent le diagnostic, le pronostic et le traitement des pneumonies secondaires. L'importance du sujet justifiera donc les détails dans lesquels je vais entrer, sur les modifications principales qu'on observe dans les symptômes généraux et locaux des phlegmasies pulmonaires, qui surviennent dans le cours des principales maladies aiguës et chroniques.

1° *Point de coté.*—Nous avons déjà vu que le point de côté marquait beaucoup plus souvent le début des pneumonies primitives que celui des pneumonies secondaires; dans celles-ci il n'est pas rare non plus de voir ce symptôme manquer complétement pendant toute la durée de la maladie. Ainsi sur 47 individus qui eurent une inflammation pulmonaire dans le cours d'une maladie grave, soit aiguë, soit chronique, 26 *paraissent* n'avoir

(1) *Loc. cit.* p. 96.

jamais éprouvé de douleurs dans un des côtés de la poitrine. Je dis *paraissaient*, car on conçoit bien que je ne puis avoir aucune certitude pour beaucoup de ces malades, qui étaient tellement affaissés, que leurs sensations étaient devenues plus ou moins obtuses; et comme l'interrogatoire n'a pu être aussi complet que chez des sujets moins souffrans, il est probable qu'un certain nombre d'entre eux, n'auront pas accusé une douleur qui était très légère. Chez l'adulte, j'ai vu le point de côté manquer complétement chez 8 sujets typhoïdes, et chez 2 varioleux qui eurent une pneumonie intercurrente. Ce symptôme paraît ne point avoir existé non plus dans les 3/4 des inflammations pulmonaires qui survinrent, dans le cours des maladies chroniques du foie, du tube digestif, de l'utérus et de la moelle; au contraire, la douleur ne manqua chez aucun des sujets qui furent emportés par une pneumonie dans le cours d'une néphrite albumineuse. Le point de côté exista également sur 9 des 10 phthisiques qui présentèrent la même complication. Dans les pneumonies qui compliquèrent les affections cérébrales ordinaires, j'ignore si la douleur manque souvent, parceque les malades ne peuvent nous donner aucun renseignement précis. Il en est de même chez les aliénés, surtout chez les démens et les paralytiques. M. Thore, dans une note qu'il m'a donnée, remarque en effet, que le point de côté a manqué constamment dans la pneumonie des insensés; dans un certain nombre de cas l'état mental s'opposait, il est vrai, à ce qu'on pût avoir des malades aucun renseignement positif; mais toutes les fois qu'on a pu obtenir une réponse sur les sensations éprouvées, constamment la douleur semblait manquer tout à fait, et plusieurs fois même les aliénés prétendaient éprouver le bien-être qui accompagne l'état de santé.

Toutes choses étant égales, d'ailleurs, on peut dire en règle générale que le point de côté, dans les pneumonies secondaires, a manqué d'autant plus souvent, ou a été d'autant plus faible, que les individus étaient plus âgés et plus affaiblis; cependant la faiblesse la plus grande n'est pas une circonstance qui exclue la douleur de côté, et même une douleur très vive.

Je ne sais rien sur le degré de fréquence du point de côté dans les pneumonies secondaires des enfans. Nous avons vu combien il était difficile de constater ce symptôme dans le jeune âge;

cela doit l'être surtout dans les cas où la pneumonie est consécutive à une autre affection.

2° *Gêne, accélération de la respiration, dyspnée.* —Nous avons vu précédemment que la dyspnée, et surtout que l'accélération des mouvemens respiratoires étaient, dans la moitié des cas, les premiers symptômes qui marquaient le début des pneumonies secondaires. D'autres fois ils sont consécutifs à d'autres accidens, mais il est extrêmement rare de les voir manquer complétement pendant tout le cours de la maladie. Ainsi M. Thore a observé constamment chez les aliénés en démence, une accélération plus ou moins considérable des mouvemens respiratoires, dont le nombre a varié de 20 à 56. Cependant, en général, il ne paraissait pas y avoir beaucoup de dyspnée ; car la face ne présentait pas cette anxiété qui accompagne une respiration difficile ; les ailes du nez ne se dilataient pas, les muscles thoraciques ne se contractaient pas convulsivement, et dans la plupart des cas la respiration était abdominale.

Ce qu'il y a de fort remarquable dans l'histoire des pneumonies secondaires, c'est que ni l'intensité de la dyspnée, ni la fréquence plus ou moins grande de la respiration, ne sont proportionnées à l'étendue des lésions pulmonaires. J'ai vu, en effet, chez presque tous les malades qui succombaient avec les accidens des résorptions purulentes, la respiration devenir très difficile, s'accélérer d'une manière extrême, quoiqu'à l'autopsie on ne trouvât, pour expliquer un pareil trouble, que quelques noyaux indurés , épars çà et là sur la surface des poumons. C'est ce qu'on a également observé dans la pneumonie de la morve, etc.

On conçoit que lorsque l'inflammation des poumons survient dans le cours d'autres maladies qui, par elles-même, apportent une gêne notable dans les fonctions repiratoires, une phlegmasie très circonscrite doit suffire pour produire une oppression extrême, une dyspnée effrayante. Les mouvemens respiratoires se succèdent alors en général avec une prodigieuse rapidité : c'est ce qu'on observe chez quelques phthisiques, et plus souvent encore chez les individus atteints de maladies organiques du cœur. Je l'ai également remarqué chez 3 malades ayant un emphysème pulmonaire, chez lesquels une pneumonie qui n'occupait qu'une petite étendue, et qui n'avait excité qu'une fièvre

très médiocre, s'accompagnait cependant d'une grande anxiété; chez eux les mouvemens respiratoires s'élevaient de 52 à 63.

Les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance ont remarqué que les pneumonies secondaires, qu'on observe si fréquemment à cette période de la vie, présentent quelquefois, sous le rapport de la dyspnée et de l'accélération des mouvemens respiratoires, des particularités dignes d'être indiquées. Ainsi MM. Rilliet et Barthez (1) ont vu que, lorsque la pneumonie coexistait avec une maladie aiguë, la rougeole par exemple, l'accélération de la respiration était quelquefois extrême, alors même que l'inflammation était très limitée. M. le docteur Valleix (2) a également observé que, lorsque la pneumonie attaquait les enfans affectés d'endurcissement du tissu cellulaire, la respiration était presque toujours chez eux plutôt rare que précipitée; elle était alors d'une grande irrégularité. C'est ainsi qu'il voyait pendant un instant, huit ou dix respirations incomplètes et entr-coupées se succéder avec une grande rapidité, puis tout à coup la respiration cessait pour ne recommencer qu'un sixième et même un quart de minute après. M. Valleix a parfaitement démontré que cet état de la respiration n'appartenait pas à la pneumonie elle-même, mais était l'effet de la maladie antérieure et de la débilité des sujets. D'ailleurs, dans la pneumonie qui affecte les enfans œdématiés, on peut observer l'accélération des mouvemens respiratoires; c'est ainsi que, dans un cas de ce genre, M. Valleix a compté plus de 134 inspirations par minute; mais cela n'a probablement lieu que lorsque la pneumonie très étendue fait de rapides progrès, et qu'elle affecte des enfans qui ne sont pas encore trop débilités.

3° *Toux*. La toux est un des symptômes les plus importans dans l'histoire des pneumonies secondaires; car il est quelquefois le premier phénomène morbide qui fixe l'attention du médecin sur une complication grave survenue du côté de la poitrine. Sur seize malades, tous atteints de maladies organiques, et qui succombèrent à des pneumonies intercurrentes, deux fois la phlegmasie fut tout à fait latente, la toux manqua com-

(1) *Loc. cit.*, p, 91.

(2) *Clinique des mal. des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, p. 105.

me les autres symptômes ; chez trois sujets au contraire la toux parut marquer le début de la phlegmasie, et elle fut pendant toute sa durée le seul trouble apparent du côté des organes respiratoires. Chez deux autres malades, la toux fut encore comme précédemment le premier symptôme de la pneumonie ; mais elle fut accompagnée plus tard de la plupart des autres symptômes caractéristiques. Enfin les neuf autres individus qui succombèrent à des pneumonies intercurrentes, toussaient depuis un temps plus ou moins long, lorsque l'inflammation envahit le poumon. Sur ces neuf malades 4 fois on observa une augmentation plus ou moins considérable de la toux au moment où la pneumonie survint ; chez un seul, la toux qui était forte, fréquente, intense, sembla devenir plus rare et moins opiniâtre au début de la pneumonie ; enfin chez les quatre derniers, la toux resta absolument la même sous le rapport de sa fréquence et de ses caractères, et ce fut uniquement d'après l'inspection des crachats et les phénomènes stéthoscopiques qu'on put alors constater l'existence d'une pneumonie. Il m'a semblé également que dans la plupart des pneumonies qui se déclarent dans le cours de l'affection typhoïde, on ne voit pas la toux s'exaspérer au moment où cette complication survient; d'ailleurs il me serait assez difficile d'être bien fixé à ce sujet, car les malades étant alors très affaiblis, plusieurs ayant du délire, ou étant plongés dans le coma, et ne pouvant eux-même exprimer ce qu'ils éprouvaient, on était alors obligé de se fier aux renseignements assez incomplets des voisins et des gens de service. Toutefois M. Louis a noté que chez quelques sujets atteints de fièvres typhoïdes, qui ont guéri et dont la toux était rare d'abord, celle-ci étant parfois devenue très considérable, il avait vu dans la majorité des cas, une inflammation du parenchyme pulmonaire coïncider avec elle (1).

On peut dire en général que la toux qui survient dans le cours des pneumonies secondaires est d'autant moins fréquente et moins intense que les sujets sont plus affaiblis, plus prostrés : c'est ainsi que tous ceux chez lesquels la toux a manqué ou a été très légère étaient malades depuis fort long-temps, et étaient arrivés à un état de débilité et d'affaissement extrêmes. Voilà pourquoi, chez les vieillards, la toux semble manquer plus

(1) *Fièvre typhoïde*, t. II, p. 155.

fréquemment que chez les adultes, et qu'il en est probablement de même pour les démens paralytiques, comme cela résulte surtout des recherches de M. Thore, qui a constaté à peine chez un ou deux malades le phénomène de la toux. Toutefois, je dois faire observer, que dans les pneumonies consécutives, on croit peut-être trop fréquemment que la toux a manqué tout à fait; l'absence complète de ce phénomène me semble être, en effet, une chose excessivement rare. Ce qui en impose souvent, c'est que ce symptôme ne se montre parfois qu'à de très longs intervalles; dans ces cas il est en outre peu intense; il ne consiste souvent qu'en quelques petites secousses comme étouffées, qui peuvent n'être pas remarquées; d'autres fois on n'observe les malades qu'à une époque très voisine de la mort, et il est commun alors que la toux cesse tout à fait. C'est ce que M. Valleix (1) a également observé chez les enfans nouveau-nés.

Chez ces derniers, comme chez ceux qui sont plus âgés, la toux est un symptôme ordinaire des pneumonies consécutives, et qui survient dès le début. Si la pneumonie vient compliquer l'une de ces affections de l'enfance dans lesquelles la toux a un caractère particulier, celle-ci pourra être quelquefois modifiée par la maladie intercurrente : c'est ainsi que si une phlegmasie pulmonaire un peu étendue se développe dans le cours de la coqueluche, on observe en général que les quintes sont un peu moins fréquentes et presque comme étouffées; dans le croup au contraire, comme on le conçoit d'ailleurs facilement, le caractére de la toux n'est pas modifié, et le plus souvent, au moment où la pneumoine débute, elle reste rauque, aiguë ou éteinte, sèche ou grasse, comme elle l'était avant la complication.

4° *Expectoration.* Les pneumonies secondaires s'accompagnent rarement de l'expectoration caractéristique, telle que je l'ai précédemment décrite. Tantôt les crachats sont muqueux, séreux, tels qu'on les observe dans les bronchites aiguës et chroniques; dans d'autres cas, ils sont colorés en rouge ou en jaune; mais leur coloration est plus ou moins obscure; elle est partielle et est mélangée de gris sale. Ces crachats peuvent faire soupçonner une pneumonie, mais ils ne sauraient la caractériser. Enfin, lorsque les malades sont très affaiblis par l'âge

(1) *Clin. des mal. des nouveau-nes*, p. 119.

si la phlegmasie occupe un espace un peu étendu, M. Louis ou les maladies antérieures, les crachats manquent tout à fait, soit qu'il n'y en ait point d'exhalés, soit que les forces des malades ne suffisent plus pour leur expulsion.

J'ai observé 3 pneumonies qui sont survenues au déclin de la rougeole, et quoique chez un des malades la phlegmasie fût double, les crachats furent toujours opaques, blancs, épais ou séreux. Sur 7 pneumonies que j'ai vu survenir chez des sujets atteints de fièvre typhoïde (forme adynamique), ou bien les crachats ont complétement manqué, ou bien ils sont restés les mêmes qu'avant le développement de la complication, à l'exception pourtant d'un seul malade qui expectora une seule fois un crachat *unique*, d'un rouge obscur, plutôt *suspect* que véritablement *caractéristique*. Si on consulte l'ouvrage de M. Louis, on voit que ce médecin, qui a étudié avec tant de soin les troubles respiratoires chez les sujets qui ont succombé à la maladie, comme chez ceux qui ont guéri, ne dit pourtant nulle part avoir vu des crachats jaunes ou rouillés, chez les individus qui furent affectés de pneumonie, maladie que l'auscultation seule pouvait faire découvrir.

Lorsque la pneumonie se déclare à une période avancée des maladies chroniques, il est également fréquent de n'observer aucune expectoration caractéristique : c'est ainsi que sur 16 individus qui ont succombé avec des maladies organiques du foie, du cœur, des reins, de l'estomac et de l'utérus, et chez lesquels la mort a été accélérée par une pneumonie intercurrente, j'ai vu les crachats être nuls, insignifians, manquer tout-à-fait chez 11 malades ; chez 5 d'entre eux, on constata passagèrement un ou plusieurs crachats jaune abricot, couleur de rouille sale, ou à fond rougeâtre, briquetés ou jus de pruneaux. Lorsque la pneumonie affecte des individus phthisiques, mais dont la maladie n'est pas encore très-avancée, on voit l'inflammation pulmonaire intercurrente s'accompagner, dans les deux tiers des cas, de crachats visqueux, rouillés ou jaunes, mais qui cependant ne présentent pas ces nuances aussi tranchées que lorsque la pneumonie survient chez des individus antérieurement bien portans. Il n'en est plus de même pour la pneumonie qui affecte les tuberculeux, dans les derniers jours de l'existence. Souvent, aucun symptôme n'en fait soupçonner l'existence; mais

a vu alors les crachats acquérir quelquefois un peu de viscosité, sans avoir néanmoins le caractère qu'ils présentent quand la pneumonie a lieu chez des sujets non affaiblis par des maladies antérieures (1).

Enfin, dans les pneumonies qui frappent les démens paralytiques, il n'y a presque jamais de crachats. M. Thore les a vus à peine deux ou trois fois, quoiqu'il les eût recherchés avec le plus grand soin dans tous les cas, non-seulement dans le crachoir, mais encore sur les linges des malades, ou sur les draps de leur lit, objets dont on ne doit jamais négliger l'examen dans les pneumonies secondaires, parce que, quand les malades sont très-affaiblis, c'est là qu'on trouve ordinairement les matières expectorées.

Il est inutile de dire qu'on n'observe pas d'expectoration dans les pneumonies secondaires de l'enfance.

5° *Symptômes stéthoscopiques.* On a dit que l'auscultation était souvent impuissante, pour révéler l'existence des pneumonies qui surviennent dans le cours des autres maladies aiguës et chroniques. Cette accusation est des plus injustes ; et si un grand nombre de pneumonies secondaires ne sont reconnues qu'à l'autopsie, cela dépend moins de l'insuffisance des méthodes d'exploration, que des observateurs eux-mêmes. En effet, parmi les individus qui succombent avec une pneumonie intercurrente, un grand nombre n'ont pas été explorés ou l'ont été d'une manière très incomplète. Il en doit être ainsi dans une foule de circonstances, lorsque la pneumonie vient frapper un individu déjà affaibli, très souffrant, et qui est arrivé à la dernière période d'une maladie aiguë ou chronique ; car alors il est difficile de le placer dans les positions les plus avantageuses, pour procéder convenablement à l'examen du thorax ; l'état des malades s'oppose d'ailleurs à ce que les recherches soient suffisamment continuées ; mais de pareils faits ne peuvent rien prouver contre l'auscultation. Je regarde cette précieuse méthode comme étant aussi utile dans les pneumonies secondaires que dans celles qui sont primitives. En effet, sur 14 pneumonies survenues dans le cours de maladies diverses étrangères aux organes thoraciques, et pendant lesquelles l'exploration des malades a été complète et suffisamment renouvelée, l'auscultation a toujours

(1) *Rech. sur la phthisie*, p. 291.

révélé quelque phénomène morbide. Ainsi, dans un cas, j'ai trouvé le bruit respiratoire faible ou nul; 4 fois il y avait une crépitation en général humide et grosse; 7 fois une respiration bronchique mêlée à un râle crépitant plus ou moins nombreux; enfin, chez 2 malades on ne put que soupçonner, mais point distinctement percevoir ces phénomènes, à cause des râles muqueux, sibilans et ronflans qui existaient simultanément dans toute l'étendue de la poitrine, et qui masquaient à peu près complétement les signes fournis par l'hépatisation ou l'engouement des poumons. C'est aussi ce que M. Thore a observé fréquemment chez les aliénés paralytiques.

Les recherches de M. Louis sur la phthisie et la fièvre typhoïde viennent à l'appui de ce que je dis de l'utilité de l'auscultation dans les cas de pneumonie secondaire. Cet habile observateur rapporte en effet que, chez les sujets tuberculeux qui étaient affectés de pneumonie dans les derniers jours de l'existence, si la phlegmasie occupait une certaine étendue, on constatait dans les cinq huitièmes des cas, entre autres symptômes, un affaiblissement du bruit respiratoire mêlé d'une crépitation fine. Chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, presque toutes les fois que, pendant la vie, M. Louis avait trouvé de la crépitation, l'autopsie lui révélait l'existence d'un engouement ou d'une hépatisation pulmonaire, dans le point correspondant à celui où le râle avait été entendu; de telle sorte que le râle crépitant était le seul signe de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, celui qui fixait le début de cette complication (1). Dans la plupart des pneumonies secondaires qui se sont révélées par des phénomènes stéthoscopiques, la crépitation présentait généralement des bulles plus humides, plus grosses, moins nombreuses que dans les pneumonies ordinaires; ces bulles, parfois rares et disséminées, ne devenaient souvent évidentes que lorsque les malades toussaient.

L'auscultation est tout à fait impuissante pour faire découvrir certaines espèces de pneumonies; celle par exemple qu'on rencontre souvent dans la morve, et qui est caractérisée par des noyaux d'hépatisation, disseminés à la surface des poumons. Dans ces cas, on peut bien quelquefois, et à divers intervalles, en-

(1) *Fièvre typh.*, t. II, p. 153, 2e édit.

tendre quelques bulles de râle sous-crépitant ; mais le plus ordinairement, on ne distingue que les râles humides et secs qui caractérisent les bronchites. Ces bruits sont les seuls aussi qu'on entende quelquefois, chez les individus dont les poumons contiennent une plus ou moins grande quantité d'abcès métastatiques. Dans ces cas, je n'ai jamais noté de râle crépitant, ni même du râle sous-crépitant. Il est vrai que les faits ont été recueillis par moi à une époque où j'étais beaucoup moins familiarisé qu'aujourd'hui aux recherches d'auscultation; toutefois, ces résultats sont probablement exacts; car ils sont conformes à ceux que Dance a lui-même indiqués (1). Cet habile et très regrettable observateur dit, en effet, que dans les pneumonies métastatiques, le bruit respiratoire n'est pas notablement altéré, à moins pourtant qu'il n'y ait complication de pleurésie. Il explique cela en disant que ces abcès ne prennent point naissance dans les vésicules, mais dans les veinules pulmonaires, par conséquent hors des voies directes de la respiration, et du point où l'entrée et la sortie de l'air peuvent donner lieu à des râles caractéristiques. Je crois que cette explication n'est pas très satisfaisante : car, en supposant que les veinules pulmonaires soient réellement le siége primitif de l'altération, il est certain que les vésicules et le tissu cellulaire intervésiculaire finissent bientôt par être envahis par le travail phlegmasique, qui se termine rapidement par la suppuration du noyau induré. L'absence des râles caractéristiques dans ces cas, reconnaît probablement la même cause qui empêche leur production dans les pneumonies lobulaires.

La respiration bronchique se présente avec les mêmes caractères que dans les pneumonies primitives ; cependant il n'est pas rare de la voir manquer. Il m'a paru que lorsque la pneumonie survenait chez des sujets très affaiblis, épuisés, le souffle bronchique manquait dans la moitié des cas pour le moins; mais il ne faudrait pas en conclure pour cela que la pneumonie n'a pas alors franchi le deuxième degré. Cette absence de la respiration tubaire dépend ici de plusieurs causes ; tantôt elle se lie à la faiblesse même des sujets dont les inspirations sont peu profondes, et dont les mouvemens respiratoires sont extrêmement

(1) *Dict.* en 25. t. Ier, p. 96.

rapides. Aussi, il arrivera fréquemment que si pendant l'exploration, les malades sont pris de quelques secousses de toux, on entendra un souffle tubaire plus ou moins marqué. D'autres fois l'absence du phénomène s'explique par l'état anatomique. J'ai dit précédemment que dans les pneumonies secondaires, le deuxième degré était quelquefois caractérisé par une splénisation du poumon ; quand cette altération existe, le souffle bronchique est généralement faible, peu marqué ; il a même complétement manqué chez quatre individus; dans ces cas l'exploration de la poitrine ne fait constater au niveau des parties malades que de la matité, une absence complète du bruit respiratoire, mêlé à une crépitation humide, grosse, rare et disséminée. On conçoit pourquoi dans ces cas la broncophonie doit manquer. Comme la respiration bronchique, le retentissement de la voix ne devra pas être perçu, même dans plusieurs des cas où on entend du souffle tubaire, à cause de la prostration des forces et de la faiblesse de la voix ; toutefois, je ne puis rien dire de précis à cet égard, n'ayant pas cherché assez souvent à constater ce phénomène dans le cours des pneumonies secondaires. Enfin, l'état anatomique du poumon explique quelquefois aussi l'absence ou le peu d'intensité du retentissement broncophonique. On conçoit en effet que dans les cas de splénisation, c'est-à-dire lorsque le tissu pulmonaire est mou et presque diffluent, il ne transmette pas les vibrations sonores aussi incomplétement que le ferait ce même tissu, lorsqu'il est dense et résistant, comme cela a lieu dans l'hépatisation rouge.

6° *État fébrile.* Lorsque la pneumonie secondaire vient compliquer une maladie apyrétique, la fréquence du pouls est un symptôme constant chez l'adulte, et qu'on observe dès le début. Chez trois malades la vitesse du pouls qui s'était élevé rapidement à 90, à 120, et même à 140, fut le phénomène qui a frappé tout d'abord, qui nous porta à rechercher dans tous les viscères la cause qui avait pu produire l'accélération de la circulation. Lorsque la pneumonie est survenue dans le cours d'une affection fébrile, j'ai noté chez la moitié des malades, une augmentation dans la vitesse du pouls, et celle-ci aurait pu presque toujours être attribuée aux progrès de la maladie première si la fréquence de la respiration, la nature des crachats et les phé-

nomènes stéthoscopiques n'étaient venus révéler l'existence d'une phlegmasie pulmonaire.

Lorsque, au contraire, la pneumonie consécutive se développe chez les très jeunes enfans, elle ne s'accompagne presque jamais d'accélération du pouls. Ainsi, M. Valleix (1) a remarqué que les enfans œdémateux qui étaient affectés de pneumonie, n'avaient pas le pouls fréquent. Ce défaut de réaction s'explique ici par la complication de l'œdème, maladie dans laquelle la faiblesse et la lenteur de la circulation doivent être placées en première ligne. Parmi les nouveau-nés qui eurent une pneumonie dans le cours du muguet, plusieurs présentèrent une accélération du pouls au début de la complication; chez les autres, cette accélération fut peu notable. Ce défaut de réaction était en raison directe de l'affection primitive. Lorsque celle-ci n'avait pas complétement épuisé les forces des malades, les prodromes de la maladie nouvelle pouvaient s'accompagner d'une grande accélération de pouls; mais la maladie une fois bien déclarée toute réaction était étouffée, et le pouls devenait extrêmement lent.

En général, la température de la peau éprouve les mêmes variations que le pouls. Lorsque la pneumonie s'est déclarée dans le cours d'une maladie chronique apyrétique, j'ai chez les neuf-dixièmes, noté une augmentation dans la température de la peau, et plusieurs fois ce phénomène avec la fréquence du pouls ont été pour moi le premier indice d'une complication qui était survenue, et m'ont engagé à explorer toutes les fonctions avec le plus grand soin. Ce n'est que chez les malades arrivés à un extrême affaissement, et qui furent affectés de pneumonie à une période voisine de l'agonie, que la peau non seulement n'a pas été chaude, mais a même présenté une température au-dessous de la chaleur normale. Ce qui existe chez l'adulte comme un fait exceptionnel se rencontre presque constamment chez les enfans à la mamelle, qui sont affectés de pneumonie dans le cours du muguet, ou de l'endurcissement cellulaire. M. Valleix (1) a remarqué en effet que dans ces circonstances non-seulement il n'y avait point d'augmentation de chaleur à l'époque de l'apparition de la pneumonie, mais

(1) *Cliniq. des malad. des nouv. nés*, p. 142.

au contraire, un refroidissement plus ou moins considérable.

7° *Phénomènes du côté des organes digestifs et de la sécrétion urinaire.* Je ne parlerai pas du trouble qu'on observe du côté des organes digestifs ; car ils sont à peu près les mêmes que dans les cas de pneumonies primitives.

Je ne possède aucune observation d'après lesquelles je pourrais étudier l'influence qu'exercent sur la sécrétion de l'urine les pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies aiguës ou chroniques, qui ont leur siége hors des voies urinaires. Si, au contraire, la pneumonie, comme cela se voit si fréquemment, vient compliquer quelques affections graves des reins, on pourra souvent constater dans les qualités de l'urine une double influence, exercée par la maladie primitive et par la phlegmasie intercurrente.

Supposons qu'un individu soit affecté de néphrite chronique, l'urine qu'il rendra sera moins acide, quelquefois même elle sera tout à fait alcaline ; mais si une pneumonie vient à se déclarer dans cette circonstance, l'urine pourra redevenir acide, puisque nous avons vu précédemment qu'un certain nombre de pneumonies avaient pour effet d'augmenter l'acidité de l'urine. Un fait observé par moi à l'Hôtel-Dieu, au commencement de l'année 1839, prouve la vérité de cette assertion. Un homme affecté de néphrite ou plutôt de pyélite chronique avec atrophie des reins, succomba avec des accidens cérébraux, et des symptômes de pneumonie. L'urine examinée plusieurs fois à l'époque où ces complications n'existaient point encore, était neutre et souvent même alcaline ; mais dès que la peumonie se fut déclarée, l'urine devint manifestement acide. M. Rayer a cité un fait à peu près semblable : un individu, qui était probablement affecté de néphrite chronique, rendait depuis plusieurs mois une urine qui était tout-à-fait alcaline, lorsque ayant été pris d'une pleurésie aiguë intercurrente, on vit l'urine changer promptement de caractère et devenir fortement acide ; mais à fur et mesure que les symptômes pleurétiques disparurent, l'urine diminua d'acidité ; enfin elle est redevenue alcaline, lorsque les accidens du côté de la poitrine eurent complétement cessé (1). Il est à présumer aussi que lorsque la pneumonie survient chez un diabétique, la quantité de sucre doit être moins considérable

(1) *Traité des mal. des Reins*, Paris, 1839, t. I, p. 575.

dans l'urine, et par conséquent la pesanteur spécifique du liquide doit diminuer dans la même proportion. Toutefois je ne possède encore aucun fait qui justifie cette opinion. Il ne faudrait pas conclure des observations que je viens de rapporter que dans les cas où, par suite d'une maladie des reins, l'urine est alcaline, une pneumonie intercurrente aurait pour effet constant de rendre ce liquide plus ou moins acide. J'ai vu en effet deux malades atteints de maladie de Bright dont l'urine, peu abondante, incolore, sans odeur, très faiblement acide et précipitant abondamment par l'acide nitrique et la chaleur, n'éprouva aucun changement à l'époque où la maladie première vint à se compliquer d'une pneumonie très grave.

8° *Facies. Habitude extérieure*, *forces*, *etc.* Dans les pneumonies qui surviennent dans le cours d'autres maladies, l'aspect de la face varie beaucoup. Si les sujets ne sont pas encore trop épuisés, la face se colore; mais cette coloration est bleuâtre ou disposée par plaques d'un rouge vineux. Dans les cas au contraire où la pneumonie survient chez des individus très affaiblis, la face est remarquable par sa pâleur; en même temps les traits sont décomposés, profondément altérés, les yeux sont enfoncés dans l'orbite, les joues sont creuses; un amaigrissement très rapide a lieu. J'en ai précédemment rapporté un exemple remarquable.

Le décubitus des malades, leur habitude extérieure, tout indique que les forces sont considérablement diminuées. Il est très fréquent d'observer alors cet ensemble de symptômes que les auteurs indiquent comme constituant la physionomie des fièvres ou affections adynamiques. C'est ce qu'on remarque spécialement pour les pneumonies qui sont consécutives à la dothinentérie, à la variole, et généralement à toutes les maladies produites par une infection particulière du sang. L'état adynamique, ou typhoïde, a été encore observé chez la moitié des individus, qui ont eu une pneumonie consécutive à une maladie organiqne des reins et du foie, et chez presque tous ceux qui avaient une affection chronique des centres nerveux. C'est ce qu'on voit en particulier chez les démens paralytiques aussi et même chez les maniaques, dont les forces s'affaissent avec une extrême rapidité, en même temps qu'on voit le plus souvent diminuer, ou même cesser leur délire et leur agitation.

On voit par ce qui précède combien les symptômes des pneumonies consécutives diffèrent de ceux des pneumonies primitives. Je reviendrai plus tard sur le même sujet, lorsque je traiterai du diagnostic différentiel de la maladie.

# CHAPITRE VI.

## MARCHE DE LA PNEUMONIE AIGUE

Lorsqu'on peut assister au début de la pneumonie, l'inflammation paraît n'occuper d'abord, du moins à la superficie, qu'une étendue peu considérable; mais il est rare que la phlegmasie n'envahisse pas bientôt de nouvelles surfaces; il est plus rare encore de voir la maladie rester stationnaire et se terminer par la guérison ou par la mort, avant d'avoir franchi le premier degré. Il serait fort intéressant de connaître exactement quelle serait la marche de la pneumonie, son mode de propagation ou d'extension, dans les cas où la maladie, ayant une certaine gravité, aurait été abandonnée aux seules forces de la nature. Je possède bien 10 observations de pneumonies auxquelles on n'a opposé aucun moyen actif de traitement; mais ces faits ne sauraient éclairer la question, attendu que la maladie était très-bénigne, qu'elle n'occupait pas une grande surface, et que dans plus des deux tiers des cas, elle avait déjà cessé de s'étendre lorsque les individus entrèrent à l'hôpital.

Si on recherche quelle fut la marche que suivit la phlegmasie dans les cas où un traitement plus ou moins énergique fut employé, je trouve, que sur 152 malades, chez lesquels les progrès de la pneumonie furent chaque jour notés avec soin, et limités exactement, il n'y en a que 20, c'est-à-dire moins d'un septième, chez lesquels l'inflammation est peut-être restée limitée aux points primitivement envahis; ou du moins si elle s'est étendue dans les deux ou trois premiers jours, ce fut sur une petite surface. Ce qui justifie d'ailleurs cette manière de voir, c'est que lors de l'entrée des malades à l'hôpital, la pneumonie était partout arrivée au même degré, et à peu près également dans tous les points. Au contraire, chez les 132 malades qui restent, la

maladie a primitivement envahi de nouvelles portions de l'organe, jusqu'à une époque plus ou moins éloignée du début, de telle sorte qu'une inflammation qui avait commencé par n'affecter d'abord qu'un sixième, qu'un cinquième ou un quart de la surface pulmonaire, s'était ensuite plus ou moins rapidement étendue à la moitié, aux deux tiers ou même à la totalité de l'organe.

Cette extension se fait tantôt régulièrement, c'est-à-dire que chaque jour on trouve que l'inflammation a gagné une plus grande surface; d'autres fois, la pneumonie semble se circonscrire; elle reste stationnaire pendant un ou plusieurs jours, et reprend ensuite de nouveau sa marche ascendante. La pneumonie s'étend donc comme le font le plus souvent les érysipèles, c'est-à-dire que l'inflammation née dans un point, se propage ensuite par degrés vers les parties voisines. On ne voit presque jamais chez l'adulte la phlegmasie envahir successivement ou simultanément le sommet et la base d'un poumon, en respectant les parties intermédiaires; chez les enfans, au contraire, cette marche paraît être moins rare. Nous avons aussi déjà vu que dans le jeune âge, il arrive quelquefois que, l'inflammation envahissant à la fois plusieurs lobules pulmonaires, plus ou moins distans les uns des autres, ces points de phlegmasie finissent par converger entre eux et par se réunir. Chez l'adulte, au contraire, la pneumonie n'a presque toujours qu'un seul point d'origine, d'où elle s'irradie ensuite vers les parties environnantes.

L'extension de la pneumonie aux parties voisines s'effectue le plus souvent sans qu'aucun phénomène physique appréciable ait averti le médecin. Ainsi, on voit que l'inflammation qu'on avait exactement limitée à une certaine surface, se trouve, au bout de douze ou vingt-quatre heures, avoir franchi ses limites, et avoir envahi des portions du poumon qui, lors du dernier examen, semblaient être à l'état physiologique, à en juger par la pureté du bruit respiratoire qu'on entendait à leur niveau. Ce fait ne nous doit point surprendre, si nous nous rappelons le mode de propagation de certaines phlegmasies, celle de l'érysipèle, par exemple, dont il nous est facile de suivre les progrès. Si en effet, dans l'érysipèle de la face, on examine une portion de peau voisine du point phlogosé, et qui sera envahie quelques heures plus tard par le travail inflammatoire, on ne constate

aucune modification appréciable dans la sensibilité, la coloration, le volume de cette partie des tégumens. Cependant, chez quelques pneumoniques, on peut parfois déterminer d'avance, et limiter même assez exactement, les nouveaux points du poumon que l'inflammation aura envahis au bout de douze ou vingt-quatre heures. C'est ainsi que sur un huitième des malades environ, lorsque la pneumonie devait s'étendre à de nouvelles surfaces, on commençait par reconnaître à leur niveau, quelque altération dans le murmure respiratoire; celui-ci était généralement plus faible, et si la percussion ne faisait distinguer dans les mêmes points aucune différence de sonoréité, le doigt qui percutait avait néanmoins la sensation d'une élasticité moins parfaite. Plus rarement, j'ai vu les signes physiques caractérisant la pneumonie être précédés par une respiration puérile; c'est ce que M. Stockes paraît avoir observé plus fréquemment que moi. Cet habile médecin rapporte en effet que, lorsque la pneumonie s'étendait de proche en proche, il avait trouvé souvent qu'une respiration puérile précédait la crépitation de quelques heures, et cette respiration supplémentaire était alors plus intense au voisinage de la maladie que dans le poumon opposé (1). Mais cette modification dans l'intensité du bruit respiratoire, que le murmure soit exagéré ou affaibli, ne peut avoir de valeur, et n'indique d'une manière à peu près certaine, que la pneumonie doit envahir de nouvelles surfaces, qu'autant que le phénomène reste limité à un petit espace, c'est-à-dire à 6 ou 9 centimètres, à moins pourtant qu'étendus sur une large surface, ils n'y coïncident avec une altération dans la sonoréité ou l'élasticité.

Non-seulement la pneumonie peut s'étendre de proche en proche et envahir peu à peu toute la surface d'un poumon, mais en outre, on voit assez souvent la phlegmasie se propager au poumon du côté opposé.

Nous avons vu précédemment que c'était dans le seizième des cas à peu près qu'on observait la pneumonie double. Ce qu'il y a de vraiment remarquable dans son histoire, c'est que presque jamais on ne voit la maladie envahir primitivement les deux poumons à la fois. Si même je ne consultais que les faits que j'ai recueillis, je dirais que constamment la pneumonie

(1) *Loc. cit.*, p. 325.

commence par envahir un seul poumon, et que ce n'est que consécutivement qu'elle se propage à l'organe du côté opposé. Mais ces observations sont trop peu nombreuses pour que j'ose établir ici une proposition exclusive. Cependant cela doit être vrai dans l'immense majorité des cas, puisque je n'ai encore trouvé d'exception, quelle qu'ait été la terminaison de la maladie.

Chez douze malades l'exploration complète de la poitrine a été faite chaque jour avec assez de soin, pour que j'aie pu déterminer le moment où la pneumonie a commencé par devenir double. Cette époque a varié entre le 4e et le 13e jour terme moyen, l'extension de la phlegmasie au poumon opposé a eu lieu vers le 8e jour. Par conséquent, nous devons conclure que, si une pneumonie devient double, cela ne dépend pas d'une même cause qui aurait agi à la fois sur les deux poumons, puisqu'il y a eu un trop long intervalle entre l'action de la cause déterminante et l'explosion de la deuxième pneumonie; mais il faut plutôt admettre ici une sorte d'influence pathologique qu'exerce le poumon primitivement malade sur son congénère resté sain, et cela en vertu de cette loi de souffrance mutuelle et réciproque des organes pairs, dont on trouve de si fréquens exemples dans la pratique.

Nous avons vu précédemment que l'invasion de la pneumonie était marquée par quelques symptômes à peu près constans, tels que le frisson et une douleur plus ou moins vive dans le côté correspondant de la poitrine. Mais lorsque l'inflammation vient à envahir consécutivement l'autre poumon, il est fort remarquable qu'elle débute presque toujours d'une manière obscure, latente, sans frisson ni point de côté. Ainsi, de toutes les pneumonies doubles dont j'ai recueilli l'histoire jusqu'à présent, je n'ai vu qu'une seule fois la deuxième pneumonie débuter avec le même appareil de symptômes que celle qui avait commencé 8 jours auparavant dans le côté opposé de la poitrine; c'est à dire que le malade a ressenti un frisson violent, avec une douleur de côté assez vive; les crachats sont devenus plus abondans, d'une couleur jaune plus foncée; la toux a été plus pénible, la fièvre, l'oppression ont augmenté; en même temps que les phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion indiquaient le siége et l'étendue de la pneumonie

nouvelle. Mais à part ce cas, qui est tout-à-fait exceptionnel, la pneumonie qui est survenue en dernier lieu, ne provoque à son début ni frisson ni point de côté ; les crachats même ne changent pas d'aspect, et restent à peu près tels qu'ils doivent être naturellement à la période à laquelle est arrivée la pneumonie qui a commencé la première.

On peut jusqu'à un certain point s'expliquer pourquoi dans le cas de pneumonie double l'inflammation qui survient en dernier lieu ne provoque pas les symptômes locaux qu'on a observés communément du côté du poumon primitivement envahi. On a pu remarquer, en effet, que la seconde pneumonie se déclare à l'époque où la première continue encore à s'aggraver, ou bien, lorsqu'elle est parvenue à la période la plus aiguë. On sait aussi que le poumon qui est affecté le dernier l'est dans une étendue moins considérable, et dans un dégré moins avancé que celui qui a été envahi le premier ; voilà pourquoi les symptômes dépendant de la seconde pneumonie sont masqués par ceux de la première, ou du moins ils sont confondus avec eux. Il est probable pourtant que, si contre la loi commune, l'inflammation n'envahissait le second poumon qu'après avoir rétrogradé dans le premier, le développement de cette pneumonie nouvelle devrait réveiller la fièvre, provoquer l'expulsion de crachats rouillés, augmenter la dyspnée, et peut-être même exciter une douleur dans le côté correspondant. Je dis peut-être; car dans la pneumonie double, la douleur parait siéger du côté primitivement envahi, lors même que la pneumonie y serait moins étendue que dans le poumon affecté en dernier lieu. Mais je n'émets cette proposition qu'avec réserve, attendu qu'elle ne s'appuie encore que sur un trop petit nombre d'observations particulières. D'après ce qui précède, on s'expliquera donc pourquoi le moment où la pneumonie est devenue double n'a été marqué que dans un sixième des cas par la fièvre et l'accélération du pouls : tandis que j'ai constaté chez plus de la moitié des sujets une augmentation dans la dyspnée, et l'oppression ; ce qu'on conçoit d'ailleurs très bien, puisqu'une nouvelle portion du tissu pulmonaire était devenue impropre à la respiration. D'après ce que je viens de dire on comprend que la pneumonie double devait être le plus souvent méconnue avant l'application de l'auscultation et de la percus-

sion au diagnostic des maladies de poitrine. Ces précieuses méthodes d'exploration sont en effet le seul moyen de reconnaître le moment précis où le poumon qui était resté sain commence lui-même à être envahi.

J'ai dit qu'il était assez rare de voir une pneumonie qui n'eût point passé le premier degré ou la période d'engouement. Jusqu'à présent, je n'ai recueilli que dix observations d'inflammation pulmonaire dans lesquelles le râle crépitant survenant dès le début de la maladie ait persisté sans interruption jusqu'à la guérison sans jamais avoir été mêlé à la respiration bronchique ou remplacé complétement par elle. Chez tous les autres malades, dont la pneumonie s'est révélée par quelque phénomène stéthoscopique, il y a eu les signes physiques, indiquant l'existence d'une hépatisation plus ou moins complète dans toute l'étendue des points envahis ou dans une partie seulement. Le passage du premier au second degré se fait très rapidement. C'est ainsi que j'ai constaté l'existence du souffle bronchique chez un individu dont le début de la pneumonie remontait à peine à douze heures. Dès le troisième jour de l'affection, on trouve chez les deux tiers des malades, de la crépitation mêlée à un souffle tubaire, perceptible pendant l'inspiration, ou tout au moins pendant l'expiration. Le nombre des pneumonies au premier degré diminue encore les jours suivans, et vers le sixième jour on ne la rencontre guère que chez un douzième des malades. Cette rapidité de l'hépatisation se remarque aussi dans le cas de pneumonie double, lorsque la phlegmasie envahit le poumon opposé au côté primitivement affecté. Cette marche prompte, ce passage rapide de la pneumonie du degré d'engouement à l'hépatisation, a lieu à tous les âges; et peut-être même aux deux extrêmes de la vie, l'inflammation pulmonaire parcourt-elle ses périodes avec plus de rapidité que chez l'adulte. Ainsi M. Valleix rapporte (1) que chez le nouveau né, entre l'époque où l'état normal de la poitrine fut constaté pour la dernière fois, et celle où la matité eut lieu dans la plus grande étendue, il ne s'écoula qu'un jour au minimum, quatre jours au maximum, et terme moyen deux jours; que les sujets qui la veille ne présentaient que de la

(1) *Loc. cit.*, p. 166.

dyspnée, et dont la poitrine avait une sonoréité tout-à-fait normale, offraient le lendemain une matité de la moitié et même de toute la hauteur d'un des côtés de la poitrine, et qu'enfin l'autopsie démontrait que depuis la dernière exploration; c'est à dire dans l'espace de quelques heures, l'hépatisation avait fait de très grands progrès.

On a dit aussi que chez les vieillards l'inflammation des poumons parcourait ses périodes avec une très grande rapidité. En ne consultant que mes observations, et si je compare les individus compris entre 60 et 70 ans aux sujets moins âgés, je trouve qu'il n'y a pas entre les deux séries de malades de différence bien notable, relativement à la rapidité plus ou moins grande avec laquelle la pneumonie a passé chez eux du premier au deuxième degré. Il est possible que dans une vieillesse plus avancée, les choses aient lieu différemment; mais je ne connais aucun fait qui le démontre rigoureusement, et mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour que je puisse moi-même examiner cette question. Nous verrons plus tard que les pneumonies qui affectent certaines formes, ou qui surviennent dans certaines conditions spéciales, ont également une marche plus ou moins rapide.

En étudiant précédemment, en particulier, les divers symptômes qu'on observe dans la pneumonie, on a pu juger facilement comment ils se succédaient et se combinaient entre eux dans les différentes phases de la maladie. Nous avons vu que la plupart continuaient à s'accroître, à mesure que l'altération des poumons devenait plus étendue et plus profonde. C'est ainsi que l'oppression, la dyspnée, l'accélération de la respiration, les phénomènes stéthoscopiques, la fréquence du pouls, la fièvre, l'abattement des forces suivent les progrès de l'altération locale, à part quelques rares exceptions. Il n'en est pas de même du point de côté, et souvent aussi de l'expectoration. En effet, j'ai fait observer que la douleur pleurétique parvenait rapidement, dès les premières heures ou dès les premiers jours de la maladie, à son maximum d'intensité, diminuait ensuite ou cessait tout à fait, quoique la pneumonie devînt plus grave, et indépendamment des méthodes de traitement mises en usage. Je pourrais en dire autant de l'expectoration qui conserve en général sa viscosité, mais qui perd sa demi-transparence et sur-

tout sa couleur rouge ou jaune, lorsque la maladie a persisté pendant un certain temps.

Les symptômes que j'ai passés jusqu'ici en revue, se remarquent dans les deux premiers degrés de la pneumonie. Après s'être accrus et avoir persisté pendant un temps plus ou moins long, on les voit ensuite diminuer progressivement lorsque la pneumonie doit avoir une heureuse issue ; dans le cas contraire, l'état général et local continue à s'aggraver ; la gêne et la fréquence de la respiration augmentent, l'expectoration devient difficile, ou bien les crachats cessant d'être rendus, s'accumulent en grande quantité dans la trachée et les bronches, et agités sans cesse par le passage de l'air, ils produisent ce gargouillement, ce bruit si pénible à entendre, auquel on donne vulgairement le nom de *rale*. En même temps, le pouls s'accélère de plus en plus, il devient petit, filiforme, inégal, irrégulier, intermittent ; la peau est aride ou se couvre de sueurs visqueuses et froides ; la face bleuâtre, livide ou plombée, est profondément altérée, les yeux demi fermés sont mornes ou hagards ; les malades conservent une position demi assise ; les forces sont prostrées ; enfin la mort arrive après une agonie plus ou moins longue, et en général, chez les adultes du moins, avec l'intégrité des facultés intellectuelles.

# CHAPITRE VII.

## TERMINAISONS DE LA PNEUMONIE.

Lorsque la pneumonie a une heureuse issue, la résolution de l'engorgement pulmonaire donne lieu à des phénomènes qu'il est très important de connaître ; lorsqu'au contraire l'issue est funeste, on trouve que la pneumonie a souvent franchi les deux premiers degrés, ou bien que quelque autre grave altération est survenue dans l'organe malade ; c'est ce qui va être examiné dans ce chapitre.

La pneumonie peut avoir plusieurs modes de terminaisons. La plupart des auteurs admettent que l'inflammation pulmonaire peut se terminer : 1° par résolution, 2° par suppuration, 3° par gangrène, 4° par induration ou par son passage à l'état chronique, 5° enfin, la pneumonie peut se terminer par une autre maladie. Mais afin d'éviter des répétitions inutiles, je n'étudierai ce dernier mode de terminaison que dans le chapitre où je rechercherai d'une manière spéciale l'influence que la pneumonie exerce sur la production et la marche des autres maladies.

## ARTICLE PREMIER.

### Terminaison de la Pneumonie par résolution.

Lorsque la pneumonie se termine par résolution, on voit les symptômes généraux et locaux diminuer, puis cesser tout à fait. La fièvre tombe, la respiration est moins gênée, les crachats deviennent blancs, muqueux, et ressemblent à ceux des bronchites ordinaires ; la toux est moins fréquente ; le râle crépitant, qui avait été remplacé par le souffle tubaire, reparaît avec des caractères nouveaux, et bientôt le bruit respiratoire lui-même lui succède ; le son du thorax s'éclaircit par degrés ; l'appétit et les forces renaissent, en même temps que la physionomie reprend son expression naturelle ; et cette amélioration coïncide souvent avec des phénomènes critiques très-variés que j'étudierai plus tard. Il est extrêmement curieux et important, de connaître comment s'opère la résolution de l'engorgement pneumonique ; l'auscultation seule nous permet de suivre, pour ainsi dire pas à pas, ce travail de la nature, comme on le verra par les détails qui vont suivre.

Lorsque l'engorgement pulmonaire diminue, la respiration bronchique, qui était devenue sèche, rude, aride, ou dont le timbre métallique était très retentissant, surtout pendant l'inspiration, perd peu à peu de sa force et de sa rudesse ; elle se transforme parfois en bruit de taffetas, et finit bientôt par cesser tout à fait pendant l'inspiration ; alors elle n'est plus perceptible que pendant le temps de l'expiration ;

c'est-à-dire que dans la presque totalité des cas de pneumonie, c'est pendant l'expiration que le souffle commence à être perçu, et c'est encore dans l'expiration qu'il cesse presque toujours d'être entendu lorsque la maladie a une heureuse terminaison. Il peut arriver pourtant, qu'on voie des malades qui ont pendant un ou plusieurs jours, une respiration bronchique pendant l'inspiration, et chez lesquels le souffle disparaît rapidement ou peu à peu, sans pourtant, que l'expiration soit devenue soufflante, sans même avoir été plus prolongée; mais ce sont là des faits assez rares, et presque exceptionnels. C'est ainsi que sur trente malades ayant tous présenté de la respiration bronchique pendant l'inspiration, je vis chez 14 le souffle diminuer à l'époque de la résolution, puis disparaître pendant le premier temps de la respiration, tandis qu'il persistait encore plusieurs jours de suite pendant l'expiration. Chez 13 autres individus, l'expiration n'était point précisément bronchique, mais seulement plus ou moins prolongée, et quelquefois un peu rude. Parmi les trois malades qui restent, il y en a deux chez lesquels le souffle également marqué pendant l'inspiration et l'expiration, diminua, puis disparut à la fois dans les deux temps de la respiration; enfin chez un seul malade qui avait du souffle bronchique dans un point circonscrit pendant l'inspiration seulement, ne me présenta plus au bout de 24 heures qu'une diminution dans l'expansion vésiculaire, sans percevoir aucun bruit morbide pendant l'expiration.

Ces faits sont très importants à connaître, et l'on devine facilement tout ce qu'on peut en retirer d'avantages pour le pronostic de la pneumonie.

Lorsque l'induration pulmonaire commence à se résoudre, la crépitation qui avait cessé reparaît; mais les bulles sont en général plus humides et plus grosses. D'abord peu abondantes, rares, perçues seulement pendant la toux, ou une inspiration profonde, elles finissent à mesure que la résolution fait des progrès, par être entendues très manifestement pendant les inspirations ordinaires. Laënnec a appelé ce râle, *crépitation de retour*, ou *râle crepitans redux*. Il a généralement les caractères que je viens de signaler, et qui sont ceux que Laënnec lui attribue; toutefois, il n'est pas très rare de trouver les bulles aussi petites et aussi sèches qu'elles l'étaient dans le premier degré. Il

peut même arriver dans quelques cas fort rares, que le râle *crepitans redux* soit plus fin que la crépitation qui avait existé dans le premier degré de la maladie. C'est ce que j'ai noté plusieurs fois dans mes observations. Le râle crépitant de retour, comme celui qui est primitif, n'existe guère que pendant l'inspiration, cependant dans quelques cas, plusieurs bulles peuvent aussi être entendues pendant l'expiration

Quelques personnes semblent penser, que la crépitation de retour est un phénomène constant dans les pneumonies qui rétrogradent du deuxième au premier degré. Toutefois, cette opinion ne me semble pas absolument vraie. J'ai vu, en effet, 4 malades chez lesquels une respiration bronchique des plus intenses, fut du matin au soir, ou du jour au lendemain, remplacée complétement par une simple faiblesse du bruit respiratoire sans aucun vestige de crépitation. Toutefois, je ne suis pas bien convaincu que dans ces cas il n'y ait pas eu une crépitation de retour dans l'intervalle des deux visites. La chose est possible, car il ne faut pas oublier, que souvent les signes fournis par l'auscultation sont très fugaces, et qu'ils se succèdent rapidement les uns aux autres. Ainsi, il m'est arrivé plusieurs fois de voir chez le même individu, dans l'espace d'une demi-heure, le souffle remplacer la crépitation et réciproquement. J'ai vu, pendant que j'étais chef de clinique, trois malades qui, à la visite du matin présentaient à l'auscultation un souffle tubaire pur, tandis que le soir la respiration bronchique était déjà mêlée à une crépitation de retour, laquelle avait cessé tout à fait d'être perceptible, même pendant la toux, à la visite du lendemain matin. Certes, voilà trois observations dans lesquelles on aurait cru, sans doute, que le râle crépitant de retour avait manqué, si les malades n'avaient été explorés avec soin dans l'intervalle des visites du professeur, et si les résultats n'avaient pas été consignés sur le papier.

M. Stockes dit pourtant avoir observé fréquemment des pneumonies dont la résolution s'opérait sans qu'on observât le râle crépitant redux (1). Il est probable que ce médecin n'a rencontré un si grand nombre d'hépatisations pulmonaires sans crépitation de retour, que parce qu'il a mis un temps trop long entre

(1) *Loc. cit.*, p. 325.

chacune de ses explorations. Les faits que j'ai rapportés précédemment prouvent combien l'erreur est facile à ce sujet. J'admets pourtant que dans des cas très rares, la pneumonie revient du deuxième au premier degré sans offrir la crépitation de retour. D'ailleurs, cette anomalie n'indique pas que la résolution soit beaucoup plus rapide, attendu que fréquemment, dans ces cas, il s'écoule encore long-temps, comme plusieurs semaines, avant que le poumon ait repris toute sa perméabilité.

La crépitation, dont la durée peut varier depuis quelques heures jusqu'à un et deux mois, diminue bientôt d'abondance; ses bulles deviennent plus rares, moins distinctes; elles ne sont plus perçues que lorsque le malade tousse, ou lorsqu'il inspire profondément. Bientôt le murmure naturel de la respiration commence à être perçu; le souffle de l'expiration diminue progressivement; bientôt il n'y a plusqu'un peu de prolongation dans le temps de l'expiration; le retentissement de lá voix cesse peu à peu, enfin, le murmure vésiculaire reprend sa force et son moelleux après être resté faible plus ou moins longtemps; car on peut établir en règle générale et comme souffrant à peine d'exceptions, que de tous les phénomènes stéthoscopiques observés dans la pneumonie, la faiblesse du bruit respiratoire est celui qui disparaît le plus tard.

Lorsque la pneumonie a envahi un poumon dans une grande étendue, la résolution ne s'opère pas en même temps et avec une égale rapidité sur tous les points affectés. Laënnec a dit que les parties qui avaient été prises les dernières étaient ordinairement celles où la résolution se faisait d'abord; que quelquefois cependant, le contraire avait lieu; ce dernier cas ne me semble même pas rare (1) Ayant en effet étudié la marche de la résolution, sur 90 pneumonies arrivées au second degré, et qui avaient envahi de proche en proche, une partie plus ou moins considérable de l'un ou l'autre poumon ; j'ai trouvé que chez 60 les parties qui avaient été affectées les dernières furent celles où je constatai d'abord les signes de la résolution. Chez 18, au contraire, la résolution s'opérait suivant un ordre inverse, c'est-à-dire que la crépitation de retour, commença à être perçue au niveau des points qui avaient été envahis les premiers par la phlegmasie;

(1) T. 1er, p, 528,

enfin chez 12 malades chez lesquels la pneumonie n'occupait pas une grande étendue, les signes de la résolution se manifestèrent simultanément sur toute la surface malade du poumon. De même dans la pneumonie double, si j'en excepte un seul individu, la résolution a commencé par l'organe qui avait été envahi le dernier, ou bien elle s'est faite simultanément dans les deux poumons. Même dans ce dernier cas, le travail de résolution a marché inégalement, puisque le plus souvent le poumon envahi en dernier lieu avait repris toute sa perméabilité, tandis que l'autre présentait encore quelque phénomène morbide à l'auscultation et la percussion. Ceci s'explique facilement, si on se rappelle ce que nous avons déjà dit, que dans les cas de pneumonie double, le poumon qui est affecté en dernier lieu, l'est dans une moindre étendue que celui qui a été pris le premier, et que chez celui-là la phlegmasie arrive généralement à un degré moins avancé que dans l'autre.

M. le docteur Fournet a prétendu (1), que lorsque la résolution de la pneumonie se fait d'une manière successive d'un lieu à un autre, on entend ordinairement une respiration puérile dans les points où la résolution est devenue complète, qu'elle y persiste avec le même caractère jusqu'à ce que la résolution se soit prononcée dans le point voisin ; celui-ci à son tour devient le siége d'une respiration puérile, tandis que dans les points précédens les bruits respiratoires rentrent dans leur limite naturelle. Ce phénomène n'aurait point lieu, d'après M. Fournet, quand la résolution s'opère par un mouvement uniforme et simultané dans toute l'étendue de la portion hépatisée. En consultant les observations recueillies il y a plusieurs années, et dans lesquelles les phénomènes d'auscultation avaient été soigneusement décrits, je n'ai retrouvé la respiration puérile pendant la résolution que trois fois sur 90 malades. Craignant de n'avoir pas noté ce phénomène aussi souvent qu'il avait réellement existé, j'ai fait l'année dernière une nouvelle série de recherches sur le même sujet, et j'ai vu que sur 63 malades la respiration puérile n'a encore été entendue dans les parties en résolution, que chez trois sujets seulement. Chez aucun, je n'ai observé la succession de phénomènes indiqués par M. Four-

(1) *Recherches sur l'auscultat.*, 1re partie, p. 91.

net. Dans la moitié des cas précédens, la respiration puérile était perçue dans une partie seulement des points qui avaient été envahis par la pneumonie; dans l'autre moitié on en constatait l'existence dans toute l'étendue du poumon qui avait été malade. Je pense que si M. Fournet a cru entendre la respiration puérile aussi souvent qu'il le dit, il aura probablement pris pour une respiration simplement puérile, la respiration véritablement rude et sèche, plus bruyante que la respiration ordinaire, s'accompagnant en général d'une expiration soufflante ou prolongée, et qui succède en effet assez souvent à la respiration tubaire, pendant la résolution de la pneumonie.

Le travail de résolution a une marche plus ou moins rapide. On peut dire, que quelle que soit la méthode de traitement qui a été employée, l'engorgement pulmonaire se résout assez lentement. M. Andral (1) dit avoir remarqué certains individus chez lesquels pendant six semaines au moins après la disparition de tous les symptômes de la pneumonie, on continuait encore à entendre du râle crépitant dans une étendue souvent très grande; cependant ces individus avaient des forces, étaient sans fièvre, leur appétit était bon, et ils pouvaient le satisfaire sans inconvénient; ils toussaient à peine et ne semblaient pas avoir de dyspnée. Le fait dont parle M. Andral est beaucoup plus fréquent qu'on ne croit communément. Des observations nombreuses m'ont même démontré que la plupart des malades qui sortent de l'hôpital dans un état de santé tel, qu'ils peuvent immédiatement reprendre leurs pénibles travaux, présentent néanmoins à l'auscultation divers phénomènes morbides, qui indiquent que le poumon n'a pas encore repris toute sa perméabilité.

Ainsi sur 103 malades qui quittèrent l'hôpital du 20e au 55e jour à dater du début de la maladie; 37 ne présentaient plus ni à l'auscultation ni à la percussion aucun phénomène morbide. Chez 36, il n'y avait aucun bruit anormal, mais le murmure respiratoire était beaucoup plus faible que celui qu'on entendait du côté sain et dans les points correspondans. Chez 14, indépendamment de cette faiblesse du bruit respiratoire, l'inspiration plus ou moins prolongée, offrait en outre à l'oreille un tim-

(1) *Clini.* t. III, p. 518, 4e édit.

bre soufflant plus ou moins énergique. Chez 11 il y avait, soit aux respirations ordinaires, soit pendant la toux seulement, de la crépitation ou du râle sous-crépitant plus ou moins nombreux, en général rare et disséminé, et s'accompagnant aussi d'une expansion incomplète. Chez 5, avec le défaut d'expansion de la respiration on voyait prédominer les râles caractéristiques de la bronchite.

Quel est l'état du tissu pulmonaire dans ces résolutions incomplètes ou tardives de la pneumonie? La science ne possède pas jusqu'à présent des faits assez nombreux pour résoudre complétement cette importante question. On pense généralement, que la faiblesse consécutive du bruit respiratoire et le râle crépitant ou sous-crépitant, dépendent d'un œdème pulmonaire qui aurait succédé à la pneumonie. Guidé par l'analogie, j'avais moi-même adopté cette opinion il y a quelques années (1). De même, disais-je, que les parties du corps qui ont été frappées d'érysipèle restent longtemps tuméfiées et œdémateuses, de même aussi on peut voir le tissu pulmonaire après certaines plegmasies présenter un état anatomique plus ou moins semblable. Cependant un fait que j'ai observé il y a 18 mois, et dont j'ai déjà parlé, a dû modifier mon opinion. On se rappelle cette jeune fille de 17 ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire et d'une pneumonie gauche, qui succomba à une péricardite intercurrente, à une époque où la pneumonie, déjà terminée par résolution, ne donnait plus d'autre phénomène stéthoscopique qu'un peu de râle sous-crépitant rare et disséminé, uni à un bruit respiratoire rude dans quelques points, et affaibli dans d'autres. J'ai dit qu'à l'autopsie je trouvai le tissu pulmonaire d'un rouge foncé ou noirâtre, encore un peu friable dans quelques points; il n'y avait plus d'aspect granulé; mais l'organe était moins souple, il semblait plus sec, surnageait moins complétement quand on le plongeait dans l'eau, et ne présentait nulle part de trace d'œdème. Ainsi le râle sous-crépitant qui avait existé dans les derniers jours de la vie s'expliquait naturellement par un reste d'engouement des cellules pulmonaires J'avoue même que s'il y avait eu de l'œdème, cette lésion n'aurait pu me rendre compte du râle, car je ne vois pas comment une sérosité infiltrée dans

(1) Voir mon *Mémoire sur la pneumonie*. *Jour. hebd.*, 1836, t. 3.

le tissu cellulaire inter-vésiculaire pourrait être la cause d'un râle humide qui se passe dans la cavité des cellules elles-mêmes. Le soufle bronchique et la broncophonie qui persistent dans la convalescence, dépendent probablement d'une induration pulmonaire et plus souvent encore d'un épanchement pleurétique. On soupçonnera cette dernière cause, lorsque les phénomènes sthéthoscopiques ayant encore une certaine intensité, existeront dans une grande étendue. Tel est, par exemple, ce fait cité par M. Andral (1) d'une femme de 47 ans chez laquelle le son resta mat dans toute la partie postérieure d'un des côtés du thorax ; la respiration bronchique continua à se faire entendre dans le même point pendant près de trois mois à dater du début de la pneumonie. Au bout de ce temps seulement, le son mat diminua, la respiration bronchique perdit de son intensité, puis disparut. Cette femme ne présentait plus aucune trace d'affection pulmonaire, lorsqu'elle quitta l'hôpital quatre mois après y être entrée avec tous les signes d'une pneumonie aiguë des mieux caractérisée. Dans d'autres cas on ne peut expliquer les phénomènes d'auscultation qui persistent pendant plusieurs mois après la cessation des symptômes aigus, que par la persistance d'une induration pulmonaire ; mais je reviendrai plus tard sur ce point lorsque je parlerai du passage de la pneumonie à l'état chronique.

Si la pneumonie est simple, je ne pense pas qu'il puisse y avoir un rétrécissement consécutif de la cavité thoracique. Le docteur Forbes a dit pourtant que la mensuration du thorax faite dans les cas de pneumonie faisait reconnaître d'abord une tuméfaction de l'organe, et plus tard une atrophie consécutive. M. Stockes (2) affirme aussi avoir observé ce rétrécissement; il le signale surtout comme fréquent à la suite des pneumonies typhoïdes dans lesquelles la résolution se fait lentement, ainsi qu'après les *pneumonies chroniques*. L'auteur dont je parle dit avoir vu un cas de *pneumonie asthénique* qui avait duré trois mois, et à la suite de laquelle on avait observé une rétraction thoracique aussi considérable que celle qu'on peut observer dans un empyème. M. Stockes dit positivement que son malade n'avait pas la moin-

(1) *Clin.*, t. 3, p. 517.
(2) *Loc. cit.*, p. 535.

dre apparence d'épanchement. Cependant malgré cette déclaration, et quelque confiance que j'aie dans le talent du docteur Stockes, je ne puis pourtant m'empêcher de croire que dans tous les cas de pneumonie, où on a constaté un rétrécissement thoracique consécutif, la maladie du poumon a dû se compliquer d'un épanchement pleurétique, plus ou moins considérable. Dans ces cas, en effet, on peut, comme dans la pleurésie simple, trouver un rétrécissement partiel de la poitrine lorsque le liquide a été résorbé. C'est ce que j'ai vu deux fois à la suite d'une pleuro-pneumonie du lobe inférieur; on remarquait chez ces deux malades un aplatissement de la partie antérieure et latérale, correspondant au siége de la pneumonie et de l'épanchement. Je suis d'autant plus autorisé à regarder dans ces cas, le rétrécissement de la poitrine, comme étant plutôt l'effet de la résorption du liquide, que d'une atrophie que le poumon aurait subie consécutivement à la pneumonie, qu'ayant plus tard mesuré avec le ruban et le compas d'épaisseur, le thorax de neuf individus, qui étaient convalescens d'une pneumonie simple, je ne pus constater aucun rétrécissement dans le côté de la poitrine, qui avait été le siége de la maladie. M. Woillez (1) qui a également observé plusieurs fois un aplatissement partiel de la poitrine à la suite de la pneumonie, est porté à regarder aussi ce rétrécissement comme étant plutôt l'effet de l'absorption du liquide pleurétique que de la pneumonie elle-même. Il l'a vu être toujours partiel, et s'étant opéré suivant des lois semblables, mais plus simples encore que celles qui président aux rétrécissemens partiels produits par la pleurésie. Ainsi dans les pleuro-pneumonies droites, c'est la région antérieure du côté droit qui s'est rétrécie seule; dans les pleuro-pneumonies gauches, c'est au contraire uniquement au niveau de la région postérieure du côté gauche, que le rétrécissement s'est opéré. M. Woillez n'a jamais vu l'irrégularité et l'inclinaison des côtés au niveau de la région rétrécie. Le rétrécissement n'était sans doute pas assez considérable pour produire cet effet.

J'ai voulu savoir exactement, d'après l'analyse de 192 faits, si l'amélioration commençait à se faire par les symptômes généreux ou locaux; or voici ce que j'ai observé. Sur ces 192 mala-

(1) *Rech. sur l'inspect. et l mensur. de la poitrine*, p. 388 et 461.

des, j'ai vu 94 fois une diminution considérable dans l'appareil fébrile, coïncider avec une amélioration du côté des phénomènes stéthoscopiques : l'amendement de ces deux ordres de symptômes m'a paru être dans ces cas, tout à fait simultané. Chez 72 autres malades une diminution notable dans l'appareil fébrile a précédé de un ou plusieurs jours, les changements favorables qui sont survenus plus tard dans les symptômes stéthoscopiques. Enfin chez 26 malades les phénomènes d'auscultation se sont amendés d'une manière sensible, tandis que la fièvre a conservé à peu près toute son intensité.

On s'explique sans peine pourquoi l'état fébrile diminue en même temps que les symptômes locaux s'amendent; car nous avons dit précédemment que la fièvre, dans la pneumonie, était symptomatique de l'altération pulmonaire; elle doit donc s'accroître et diminuer à mesure que celle-ci s'aggrave ou se résout. Les nombreuses exceptions à cette règle ne sont probablement qu'apparentes. Si en effet, chez 72 malades nous avons vu la fièvre diminuer avant qu'on pût constater aucune amélioration appréciable dans l'étendue et le degré de l'inflammation pulmonaire, il est pourtant certain que celle-ci devait être moins considérable; il est probable que, dans ces cas, la résolution s'est opérée de dedans en dehors, c'est à dire des parties profondes vers les parties superficielles : or c'est ce que l'auscultation ne peut pas démontrer d'une manière absolue. Chez 7 malades, j'ai même constaté une extension des phénomènes stéthoscopiques le jour où la fièvre avait considérablement diminué; de même qu'on voit quelquefois à l'extérieur, un érysipèle s'étendre encore un peu, tandis que l'appareil fébrile s'amende. Mais dans ces cas même, il était facile de s'assurer, que si la phlegmasie tendait encore à s'irradier par un dernier effort, elle offrait néanmoins sur tous les points qu'elle avait envahis primitivement, intensité beaucoup moindre, et c'est ce qui expliquait la diminution qu'on a observée dans l'appareil fébrile. Lors donc que dans une pneumonie, on voit la fièvre diminuer beaucoup, tandis que la crépitation s'est étendue sur une plus grande surface, il est rationnel de croire alors que la phlegmasie a diminué dans les parties qu'elle avait envahies primitivement. L'amendement qu'on observe dans les symptômes généraux, s'il est considérable, fait présumer qu'une amé-

lioration a dû survenir aussi dans l'état local, quoique cependant les moyens d'exploration soient insuffisans pour nous en donner la certitude. Enfin, j'ai dit que chez 26 malades j'avais observé une diminution considérable des phénomènes stéthoscopiques, chez 8 même ils avait complétement cessé, du moins on n'entendait plus dans les points envahis par la pneumonie, qu'un peu de râle sibilant, quelques bulles de râle sous-crépitant, rare, disséminé, avec un bruit respiratoire un peu faible, cependant chez eux la fièvre persistait à un degré encore assez intense. Fallait-il croire que dans ces cas la pneumonie s'étant terminée par résolution à la surface du poumon, avait continué à s'étendre et à s'accroître dans les parties profondes de l'organe? La chose était probable pour la plupart des malades, mais chez plusieurs d'entre eux, la diminution de la dyspnée et des mouvemens respiratoires, les phénomènes négatifs fournis par l'exploration, ne me permettaient pas d'admettre cette supposition. De même, l'examen attentif de tous les autres viscères ne me faisant découvrir aucune complication inflammatoire, la cause excitante de la fièvre restait tout à fait inconnue.

D'après ce qui précède, on voit que la résolution de la pneumonie se fait toujours plus ou moins lentement, et jusqu'à-présent je ne connais aucun fait, qui puisse faire soupçonner que les inflammations du poumon puissent se terminer quelquefois par délitescence; d'ailleurs cette terminaison ne pourrait être admissible à la rigueur, que lorsque la maladie n'a pas encore dépassé le premier degré. Dans les cas au contraire où le tissu est plus profondement altéré, lorsqu'il est hépatisé, il est certain qu'il ne peut reprendre sa perméabilité que par une sorte de travail organique qui exige toujours un temps plus ou moins long. Toutefois il est certaines circonstances accidentelles, telle que l'invasion brusque d'une autre maladie qui, affectant un organe éloigné, peut arrêter la marche d'une pneumonie et lui permettre alors de se terminer en peu de jours d'une manière favorable. C'est ainsi que M. Andral rapporte dans sa Clinique l'observation intéressante d'un jeune homme de 22 ans, présentant tous les symptômes d'une pneumonie double qui paraissait devoir être fort grave à raison de son intensité et de l'étendue qu'elle occupait. Plusieurs émissions sanguines furent impuissantes pour en arrêter les progrès. Un pronostic fâcheux

était déjà porté, lorsque vers la fin du quatrième jour, une éruption varioleuse se montrant simultanément à la face, sur la poitrine et les bras, on vit les symptômes de la pneumonie diminuer et disparaître bientôt, puisque douze heures environ après l'apparition des boutons, la respiration avait repris sa liberté, les crachats rouillés avaient été remplacés par une expectoration catarrhale, et la crépitation avait fait place presque partout au murmure naturel de la respiration (1).

Il est évident que dans ce cas, le travail inflammatoire dont le poumon était le siége a été brusquement arrêté dans son développement et dans sa marche, par l'apparition d'une autre phlegmasie qui, occupant une large surface, a été assez puissante pour enrayer la pneumonie. Je ne puis pourtant m'empêcher de faire observer ici que l'état fâcheux du malade, que la gravité des symptômes généraux, dépendaient non-seulement de la pneumonie, mais encore des prodromes de la fièvre éruptive, et l'amélioration qui a succédé à l'éruption, se remarque dans la plupart des cas analogues. Cependant il est incontestable que la variole a eu ici une action révulsive par rapport à la pneumonie. C'est encore de la même manière et par un mécanisme analogue qu'il faut expliquer le fait rapporté par le professeur Graves, d'un homme, qui ayant une pneumonie au 2e degré et présentant tout à coup tous les symptômes d'un choléra indien grave, cette nouvelle affection fit disparaître en 36 heures seulement, tous les phénomènes morbides qui existaient du côté de la poitrine : la pneumonie fut enlevée avec une rapidité dont M. Graves n'avait jamais vu aucun exemple (2). Des faits semblables sont excessivement rares. Il est au contraire assez commun de voir la résolution de la pneumonie coïncider avec l'apparition de certains phénomènes, que l'on regarde généralement comme *critiques*, et qui vont être étudiés en détail dans l'article suivant.

(1) T. 3, 4e édit., p. 433, obs. 60.

(2) The london medi. and surgi. journal 1833.

## ARTICLE II.

### Des phénomènes et des jours critiques de la pneumonie.

La pneumonie est, parmi les maladies aiguës, l'une de celles dans la résolution de laquelle on a signalé le plus fréquemment l'heureuse influence des mouvemens critiques. Les auteurs anciens admettaient en effet, conformément aux traditions hippocratiques, que dans les fièvres et dans la péripneumonie en particulier, on observait souvent, à des jours fixes et déterminés, une amélioration subite, précédée ou accompagnée de quelques changemens dans les excrétions; d'une hémorrhagie plus ou moins copieuse, de l'apparition sur la surface du corps d'une éruption ou de quelque tumeur phlegmoneuse. Les auteurs modernes, et en particulier Laënnec (1), MM. le professeurs Andral (2) et Chomel (3) ont également reconnu qu'un grand nombre de pneumonies se terminaient par des crises manifestes et heureuses.

J'ai essayé de vérifier moi-même ce point de doctrine qui a excité de si vives controverses parmi les médecins. J'ai recherché avec soin, non-seulement si la résolution des pneumonies était accompagnée de quelques mouvements critiques, mais encore si ces phénomènes avaient paru à certains jours fixes et déterminés. Afin d'arriver à des résultats parfaitement exacts, et pour n'opérer que sur des faits comparables entre eux, j'ai écarté toutes les observations dans lesquelles le début de la maladie n'a pu être fixé avec précision, j'ai négligé également tous les faits de pneumonie dans lesquels des prodromes plus ou moins longs ont précédé les symptômes propres à l'affection pulmonaire; car je ne savais si je devais, pour la détermination des jours critiques, compter avec quelques-uns, la période prodromique, ou s'il fallait, à l'exemple de quelques autres, l'exclure de mes calculs. J'ai ainsi réuni 130 cas de pneumonies, dans lesquels ayant étudié tous les phénomènes de la maladie, depuis le

(1) T. Ier, p. 545.
(2) T. III, p. 510.
(3) *Dict. en* 21, v. t. XVII, p. 249.

début jusqu'à la terminaison, j'ai vu que chez 34 malades, c'est-à-dire chez un quart environ, l'époque de la résolution de la maladie avait coïncidé avec quelques-uns des phénomènes qu'on regarde généralement comme critiques.

Des sueurs plus ou moins abondantes ont été le phénomène critique le plus commun que j'ai observé chez mes malades. Je l'ai en effet constaté chez 22 d'entre eux. Chez la plupart il existait seul; chez d'autres il coïncida avec un dépôt dans l'urine, spontané chez les uns, qu'on déterminait par l'acide nitrique, chez les autres. Ce résultat est conforme à celui qui a été indiqué par Hildebrand (1) et par M. Andra dans sa Clinique (2). Si j'excepte 6 malades qui éprouvèrent pendant un ou plusieurs jours des sueurs extrêmement copieuses, tous les autres n'eurent qu'une sueur peu abondante, ou une légère moiteur qui fut passagère et ne les força pas le plus souvent de changer de linge.

Chez 6 autres individus, l'époque de la résolution de la pneumonie fut marquée par l'éruption sur les lèvres et surtout sur la lèvre supérieure, de petites vésicules d'herpès plus ou moins nombreuses; chez 2 malades, cette éruption fut le seul phénomène critique appréciable; chez les 4 autres il y eut en outre un trouble des urines qui fut spontané, ou qu'on détermina en y versant de l'acide nitrique. L'herpès est le seul phénomène critique que j'ai observé du côté de la peau. Cependant depuis Hippocrate les auteurs ont signalé les abcès, les phlegmons, les furoncles, et divers exanthèmes comme pouvant juger les pneumonies. Mais à part quelques exceptions, presque tous les faits de ce genre qui ont été rapportés jusqu'à présent, ne doivent être acceptés qu'avec beaucoup de réserve, attendu qu'on doit souvent conserver des doutes sur l'exactitude du diagnostic de la maladie.

Le trouble spontané des urines, leur dépôt briqueté, ou blanc au fond du vase qui les reçoit, serait d'après Laënnec (3), la plus commune des évacuations critiques dans la pneumonie; tandis que Bosquillon (4) regardait une crise par les urines

(1) *Méd. prat.* T. Ier, p. 92.
(2) T. III, p. 511.
(3) T. Ier, p. 545.
(4) *Cullen. méd. prat.*, t. Ier, p. 254.

comme étant la plus rare de toutes, du moins à Paris. Cette opinion, en faveur de laquelle Laënnec n'a rapporté aucune observation ne me paraît pas être très exacte. C'est ainsi que sur 38 malades qui ont guéri, chez lesquels l'état de l'urine a été indiqué avec soin pendant tout le cours de la pneumonie, je n'en vois que 5 chez lesquels un trouble spontané du liquide ou un sédiment au fond du vase a coïncidé avec l'amélioration, ou l'a même précédé d'un ou deux jours. La proposition de Laënnec devient exacte pourtant, si on applique ce qu'il a dit, non-seulement aux dépôts spontanés de l'urine, mais encore à ceux que l'on peut déterminer par l'acide nitrique ou par la chaleur. En effet, sur les 38 malades dont je viens de parler, on a vu précédemment qu'il en est 36 dont l'urine, traitée par l'acide nitrique, s'est troublée ou a fourni des nuages et des coagulum abondans, que l'on peut regarder comme ayant été très souvent critiques, puisque chez 8 ils ont précédé d'un ou deux jours l'amélioration survenue dans les symptômes de la maladie, et que chez 14 ils ont coïncidé avec le commencement de la convalescence.

Si nous recherchons le degré de fréquence des autres phénomènes critiques chez les 22 malades dont je parle, nous voyons que des sueurs plus ou moins copieuses ont existé chez huit; l'herpès labialis a été observé chez deux autres; enfin, dans un cas il y eût en outre une petite épistaxis, et dans une autre quelques selles liquides et fétides coïncidèrent avec une diminution dans les principaux symptômes, et marquèrent réellement le commencement de la convalescence.

Il résulte des faits que je viens d'analyser, que l'urine a offert des caractères véritablement critiques chez plus de la moitié des malades. Chez eux le trouble de l'urine a été véritablement un signe indicateur de la convalescence. Aurais-je dû considérer aussi comme phénomènes critiques, les dépôts de l'urine qui ont été obtenus un ou plusieurs jours après le début de la convalescence? Je crois qu'en agissant ainsi je me serais éloigné du sens qu'on doit attacher au mot *crise*; toutefois, nous ne devons pas moins considérer comme un fait très important, que lorsque l'urine ne dépose pas avant la diminution des symptômes ou au moment même de la convalescence, elle se troublepresque toujours, dès que celle-ci est déclarée. C'est ainsi que sur 17 malades dont l'urine est restée claire

pendant toute la période aiguë de la maladie, il y en a 15 chez lesquels elle s'est troublée spontanément ou par les réactifs, pendant la convalescence. On pourrait peut-être admettre que dans ces cas il y eut une *crise tardive*. Ce qui donne à ces faits une grande importance symptomatique, c'est que, comme je l'ai dit précédemment, le trouble spontané de l'urine et le précipité fourni par l'acide nitrique, n'ont été observés chez aucun des malades qui ont succombé, sauf les cas de complication avec une maladie de Bright.

Les hémorrhagies sont des phénomènes critiques assez rares dans la pneumonie. J'en ai pourtant observé moi-même deux exemples. J'ai vu en effet un écoulement sanguin par le nez, de 16 grammes environ, précéder la convalescence de douze et vingt-quatre heures. M. Andral a également rapporté l'observation d'un homme de vingt-six ans, pléthorique, qui fut atteint d'une pneumonie bénigne, et chez lequel, au huitième jour de la maladie, qui commençait déjà à décroître, on vit survenir une épistaxis abondante qui décida la convalescence (1). Enfin, Bosquillon a rapporté dans ses annotations à la médecine pratique de Cullen, qu'il avait vu fréquemment à Paris, les pneumonies du printemps se terminer par des épistaxis ou par des déjections sanglantes, le septième ou le neuvième jour (2).

On cite deux exemples de pneumonie qui auraient été jugés par l'apparition d'une hématurie ; l'un de ces faits est rapporté dans l'*Annuaire de la Société de Médecine du département de l'Eure* (3). L'autre, qui appartient au docteur Latour d'Orléans (4), est relatif à un boulanger qui contracta une pneumonie à la suite d'un refroidissement. Il y eut un frisson, des lassitudes spontanées, de la fièvre, un violent point de côté, et quelques crachats sanguinolens. Trois saignées, des sangsues, un vésicatoire, 5 centi. d'émétique n'avaient produit aucun soulagement, ou du moins celui-ci n'avait été qu'éphemère, lorsqu'au cinquième jour il survint une vive douleur dans les lombes, l'u-

(2) *Méd. prat.*, t. I^er^, p. 254.

(1) *Clin.*, t. III, obs. 7^e^, p. 275.

(3) Année 1808, p. 115.

(4) *Traité des hémorrhagies.* voir Andral, *Clini.*, t. III., p. 512.

rine se supprima, l'agitation était grande; bientôt le malade, pris d'envies d'uriner, rendit en une seule fois près d'un demi litre de sang vermeil et sans aucun mélange. Dès-lors, les accidens se calmèrent, et la maladie fut complétement jugée le sixième jour; l'excrétion naturelle de l'urine se rétablit bientôt, et la convalescence fut courte. Il est difficile de déterminer si dans ce cas l'hématurie a été un phénomène véritablement critique, ou s'il n'y a pas eu seulement un effet de révulsion, comparables aux cas de MM. Andral et Graves que j'ai rapportés plus haut.

Les anciens médecins, et même plusieurs de ceux qui ont écrit au commencement de ce siècle, ont placé l'expectoration au nombre des crises de la pneumonie. Huxham dit même (1) que l'expectoration en est la crise naturelle. Mais cette opinion reposait uniquement sur des idées théoriques; aujourd'hui elle ne peut plus être admise; car, comme le dit avec beaucoup de raison M. le professeur Andral (2), les crachats sanguinolens de la pneumonie ne doivent pas plus être considérés comme une crise de cette maladie que le pus formé à la surface de la plèvre ou du péritoine enflammé ne peut être considéré comme jugeant la pleurésie ou la péritonite.

On sera peut-être surpris que je n'aie observé des selles critiques que chez un seul malade; mais cela tient au traitement qui fut employé. Presque tous les malades, en effet, furent soumis à l'usage des laxatifs, ou prirent la potion stibiée, de telle sorte que, dans les cas où la diarrhée fut suivie d'un amendement dans les symptômes, il était impossible de faire la part du médicament, et celle qui pouvait revenir aux mouvemens organiques. Je crois avec Baglivi, que, si les crises sont moins fréquentes aujourd'hui qu'elles paraissaient l'être en Grèce, cela dépend probablement du traitement plus énergique qu'on oppose aujourd'hui aux maladies aiguës. Le grand médecin que je viens de citer ajoute (3) que chez les paysans qui ne font point usage de drogues, les crises par les sueurs, les flux du ven-

(1) Essai sur les fièvres, p. 247.
(2) *Clin.*, t. III, p. 515.
(3) *Praxeos*, lib. II.

tre, l'urine et les autres voies naturelles se font dans un ordre parfait.

Je crois que cette opinion de Baglivi a peut-être quelque fondement; ayant étudié en effet la marche de la pneumonie chez 10 sujets qui furent traités et guéris par une médecine à peu près expectante, il y en eut 5, c'est-à-dire la moitié, qui présentèrent des phénomènes critiques ; 4 eurent des sueurs copieuses ; 1 eut un flux abdominal; la sécrétion urinaire ne fut examinée que chez un de ces malades, et chez lui l'acide nitrique produisit un coagulum abondant. Il est probable qu'il en eût été de même pour presque tous les autres malades, du moins, ce que nous avons dit plus haut permet de le supposer. Quoi qu'il en soit, ces faits, trop peu nombreux, il est vrai, pour ne rien conclure de général, semblent néanmoins porter à croire que, lorsque par l'emploi dans une pneumonie, d'une médecine expectante, on ne contrarie pas les mouvemens organiques, les crises par la peau et par le tube digestif, sont peut-être plus fréquentes.

La saison influe-t-elle sur le genre de crise qui doit avoir lieu dans la pneumonie? Rien ne prouve qu'il en soit ainsi, du moins les faits que j'ai observés ne me permettent d'émettre à ce sujet aucune opinion positive.

Je n'ai pu savoir non plus si chez les malades qui avaient eu des pneumonies antécédentes, on avait observé dans tous les cas la même espèce de crises. Les auteurs disent en effet qu'on a vu quelquefois un même phénomène critique juger constamment une pneumonie qui se reproduisait périodiquement. C'est ainsi que M. le professeur Serres a rapporté, dans sa thèse, l'observation d'un homme chez lequel une pneumonie aurait été jugée plusieurs fois par un érysipèle aux jambes.

J'ai recherché si, conformément aux doctrines d'Hippocrate et de Galien, les crises, dans la pneumonie du moins, avaient plus de tendance à se faire dans certains jours que dans d'autres. Or, voici ce que j'ai noté sur les 34 malades chez lesquels la pneumonie s'est jugée après l'apparition de quelques phénomènes critiques.

| Nombre des pneumonies | jour de la crise. |
|---|---|
| 1. | 4e |
| 9. | 5e |
| 4. | 6e |
| 3. | 7e |
| 2. | 8e |
| 11. | 9e |
| 1. | 10e |
| 3. | 12e |

On sera frappé, en lisant ce tableau. du petit nombre de pneumonies qui ont présenté quelque évacuation salutaire, dans les jours qu'Hippocrate a signalés comme essentiellement *critiques* (1). Ces résultats sont peu favorables à la doctrine d'Hippocrate, puisque le plus grand nombre de pneumonies (20) ont eu leurs phénomènes critiques dans les jours qu'on a nommés *intercalaires* ou *provocateurs* (2), pendant lesquels on a dit que les crises étaient moins fréquentes et moins complètes, mais qui néanmoins ont été regardés par les médecins hippocratiques comme pouvant remplacer les jours critiques. Huit malades ont eu leurs crises pendant les jours *vides* (3) (vacui seu medicinales); 4 d'entre eux ont même présenté des crises favorables le sixième jour, qui était regardé comme étant le plus pernicieux (4). Il faut conclure de ce qui précède que la doctrine des jours critiques est très-incertaine, et qu'on ne saurait l'admettre avec confiance pour ce qui concerne la pneumonie. Cependant M. le professeur Andral a rapporté des faits qui lui sont favorables (5). C'est ainsi que, d'après un résumé de 112 cas, il a trouvé que chez la moitié des malades, la terminaison de la pneumonie s'est faite les septième, quatorzième et vingtième jour, qui sont notés au nombre des jours critiques ou indicateurs. Toutefois, il est à regretter que M. Andral n'ait pas dit comment il avait compté, et à quelle époque il avait regardé la maladie

(1) Les 7e, 14e 20e, etc. nommés *principaux* ou *radicaux* par les Arabes.

(2) 3e, 5e, 9e, 13e, 19e.

(3) C'est le 6e que Galien nommait *tyran*.

(4) 6e, 8e, 10e, 12e, 16e, 18e.

(5) T. III, p. 516.

comme terminée. Quant à moi, ayant réuni tous les faits de pneumonie dans lesquels le début de la maladie avait pu être très-exactement déterminé, j'ai noté ensuite le moment précis où les symptômes ont commencé à décroître, puis j'ai fixé avec le même soin le jour où les accidens s'étaient tellement amendés, que le malade pouvait être regardé par tout le monde comme commençant actuellement sa convalescence : or, dans ces deux manières de compter, je me suis assuré que la maladie n'avait aucune tendance naturelle à se terminer au bout de certains jours, et j'ai vu la pneumonie commencer à décroître, ou la convalescence se déclarer à peu près aussi souvent pendant les jours dits *critiques* et *intercalaires*, que pendant ceux qu'on a nommés *vides* ou *non-décrétoires*. Je dirai enfin que chez les 10 individus dont la maladie fut abandonnée aux forces de la nature, chez lesquels, par conséquent, nul traitement actif ne vint contrarier les mouvements organiques, plus de la moitié des crises eurent lieu pendant les *jours vides;* c'est aussi pendant ces mêmes jours que la convalescence commença chez six d'entre eux, tandis que chez quatre seulement elle débuta pendant les jours dits *critiques*, *décrétoires* et *indicateurs*. Ces résultats viennent donc démontrer encore le peu de fondement de la doctrine des jours critiques.

J'ai à dessein insisté sur ces faits, parceque jusqu'à présent on n'avait pas recherché, à l'aide d'une méthode exacte, ce qu'il fallait penser des crises et des jours critiques.. Nous avons vu que chez un quart des pneumonies qui guérissent, il est possible de saisir, à l'époque où l'amélioration commence, ou peu de temps auparavant, des changemens vitaux, et surtout des évacuations humorales; sans prétendre pourtant vouloir décider (ce qui est impossible à faire), si les crises sont la cause ou l'effet du rétablissement de la santé. Quant à l'influence que certains jours exerceraient pour la terminaison des maladies, j'ai prouvé par plusieurs ordres de faits, combien une pareille doctrine était inadmissible, et si j'ai tant insisté pour la combattre, c'est à cause de la tendance de notre époque à revenir vers les vieilles idées; j'ai surtout voulu prévenir mes confrères contre cette opinion des hippocratistes qui serait si fatale à la thérapeutique des maladies aiguës, si elle venait à prévaloir de nouveau; elle consiste, à considérer les jours *vides*,

comme les seuls jours médicinaux, c'est-à-dire ceux pendant lesquels l'homme de l'art peut agir, tandis, dit Bordeu, *qu'il n'a presque aucun droit sur tous les autres, puisqu'il ne lui est pas permis de déranger la nature qui partage son travail entre les jours critiques et indicateurs, et qui se repose ou prend haleine les jours vides* (1).

## ARTICLE III.

### Terminaison de la pneumonie par suppuration.

Comme toutes les inflammations des organes parenchymateux, la pneumonie peut se terminer par suppuration. Nous avons déjà dit dans un autre article, que lorsque la maladie affecte ce mode de terminaison, le pus se trouve dans l'organe sous deux états différents. Tantôt il est infiltré dans les malles du tissu cellulaire intervésiculaire; plus rarement il est réuni en un foyer simple ou multiple, et constitue alors un véritable abcès : il importe beaucoup de se rappeler, et de conserver cette distinction. Je vais donc examiner successivement les symptômes qu'on observe dans chacun de ces deux degrés, de la terminaison de la pneumonie par suppuration.

#### § I^er. *Suppuration diffuse.*

Je n'ai pu encore découvrir aucun signe capable de nous faire reconnaître le passage de la pneumonie du 2^e au 3^e degré. Les signes rationnels, tels que les frissons irréguliers, les redoublemens nocturnes, les sueurs plus ou moins copieuses, une sorte de détente dans les symptômes aigus de la maladie, qui marquent généralement, qu'une phlegmasie profonde s'est terminée par suppuration, manquent toujours quand la pneumonie passe au 3^e degré, ou du moins je ne les ai jamais constatés chez aucun des malades qui ont été soumis à mon observation.

Si nous étudions les phénomènes propres de la maladie, et

(1) *OEuvres compl.* édit. de Richerand, t. I^er, p. 212. *Rech. sur les Crises*, § XV.

surtout ceux que donnent les moyens physiques d'exploration, on ne peut non plus dans la plupart des cas saisir aucun nouveau caractère. L'imperméabilité du poumon ayant plutôt augmenté qu'elle n'a rétrogradé, la matité reste aussi complète qu'avant; la respiration tubaire, la broncophonie conservent toute leur force, si quelques bulles de râle crépitant existaient encore, elles cessent tout-à-fait; mais il n'y a là, encore rien qui caractérise la présence du pus; ces phénomènes appartenant aussi bien à l'induration rouge du poumon, qu'à l'état d'hépatisation grise. Quelques auteurs pourtant ont avancé que l'auscultation pouvait faire reconnaître la présence du pus qui n'est qu'infiltré. Ainsi M. Stockes signale comme étant *presque caractéristique* de cet état, l'existence d'une respiration bronchique, mêlée à un râle *muco-crépitant* (mucó crepitating rale) (1). M. Fournet, s'appuyant sur deux faits seulement, est aussi porté à croire que dans les cas d'hépatisation grise, on entend au niveau des parties malades un râle muqueux à bulles grosses et humides, ayant pour caractère spécial de ne se produire que pendant le temps de l'inspiration (2). Il y a déjà longtemps que Laënnec avait lui-même parlé de l'existence d'un râle muqueux dans le cas d'infiltration purulente des poumons; il disait seulement que ce râle se passait dans les bronches, et qu'il était produit, soit par le pus qui y était versé, soit par une sécrétion catarrhale plus abondante (3).

Il est incontestable que dans un grand nombre de cas d'infiltration purulente des poumons, on entend au niveau des parties altérées, outre la respiration bronchique, un râle crépitant à bulles plus humides et plus grosses que celui du premier degré de la pneumonie. C'est ainsi que sur huit individus chez lesquels un des lobes d'un poumon, présentait une hépatisation grise complète, sans mélange du 2e degré, l'auscultation pratiquée à une époque voisine de la mort, avait fait percevoir une crépitation humide et grosse; mais ce râle avait existé dans les jours précédens, lorsque la maladie n'était encore probablement qu'à l'état d'induration rouge; les bulles avaient peut-être

(1) Diseases of the chest, p. 328.
(2) *L. cit.*, t. I, p. 226.
(3) T. Ier, p. 324.

acquis dans les derniers jours un peu plus d'ampleur et d'humidité ; mais ces nuances étaient trop faibles pour pouvoir rien en conclure sous le rapport du diagnostic. D'ailleurs chez trois malades qui succombèrent à une pneumonie qui n'était encore qu'au 2e degré, l'auscultation m'avait fourni les mêmes phénomènes que précédemment. Quant au râle muqueux signalé par Laënnec, je l'ai perçu une fois au niveau des parties hépatisées; mais comme ce bruit existait également dans l'un et l'autre poumon, à leur racine et le long des grosses bronches, il était naturel de l'attribuer plutôt à une augmentation de la sécrétion bronchique qu'à l'infiltration purulente de l'organe. Chez trois autres malades, le souffle tubaire très rude fut le seul phénomène stéthoscopique qui fut noté ; enfin sur un dernier individu pendant les trois derniers jours de l'existence, l'auscultation, pratiquée à différentes reprises, ne fit entendre, au niveau des parties frappées de supuration, aucune espèce de bruit normal ou morbide; circonstance que nous avons déjà rencontrée dans les cas d'hépatisation rouge. Je dois donc conclure de tout ce qui précède, que jusqu'à présent, l'auscultation n'a revélé aucun caractère physique spécial, qui pût caractériser l'état d'infiltration purulente du poumon. J'admets pourtant que, dans les cas où, après avoir constaté pendant plusieurs jours, dans une portion de poumon, un souffle tubaire sans mélange de crépitation, on distingue dans ces mêmes points, de gros craquemens humides ou un râle tout à fait muqueux, on devra soupçonner une infiltration purulente de l'organe dans les points correspondans; quand même le souffle aurait diminué ou cessé. Mais pour que les caractères stéthoscopiques dont je parle aient cette valeur diagnostique, il faut *nécessairement* qu'ils coïncident avec une aggravation des symptômes généraux. Dans les cas en effet où la pneumonie est arrivée au 3e degré, l'état général devient toujours plus fâcheux; le facies est plus altéré; il est parfois pâle, plombé ou jaunâtre; les forces tombent, le pouls se déprime, les dents et la langue s'encroûtent de matières fuligineuses, un état comateux ou subdélirant se déclare, la respiration est plus pénible, et le malade succombe.

Quelques auteurs ont encore avancé que dans la fonte purulente des poumons, l'expectoration présentait quelques caractères particuliers qui pourraient la faire diagnostiquer. On a dit, en effet,

que les crachats devenaient crêmeux, opaques, puriformes. Mais cette expectoration se rencontre fréquemment, surtout chez les vieillards, dans les cas mêmes où la pneumonie a une heureuse terminaison, ou bien se lie à l'existence d'un catarrhe pulmonaire antérieur ou consécutif à la pneumonie. Il n'en est plus de même des crachats séreux noirs, jus de reglisse ou de pruneaux, car les quatre malades chez lesquels j'ai remarqué cette expectoration ont tous rapidement succombé, et l'autopsie a révélé chez eux une hépatisation grise. En conclurons-nous que toutes les fois que ces crachats existeront, il y aura du pus infiltré dans les poumons? Je ne le pense pas. L'expectoration noire ne peut en effet nous donner que des probabilités, mais jamais de certitude complète, puisque sur neuf malades chez lesquels M. Andral a rencontré les crachats dont je parle, six, il est vrai, étaient affectés d'une hépatisation grise, mais chez deux la maladie était encore au deuxième degré, et même chez l'un des malades qui guérit, la pneumonie très bénigne, paraît n'avoir jamais dépassé la période d'engouement (1).

On a encore dit que, lorsque les poumons étaient en suppuration, l'haleine des malades exhalait une odeur d'une fétidité remarquable et parfois une véritable odeur de pus. C'est ce que Dance et M. Reynaud paraissent avoir observé surtout dans les cas de pneumonie métastatique (2). MM. Hourmann et Dechambre disent également avoir remarqué chez les vieillards dont la pneumonie était arrivée au troisième degré, que l'haleine exhalait quelquefois une odeur manifeste de pus (3). Jusqu'à présent j'ai vainement cherché à percevoir cette odeur dans les cas dont parlent les observateurs que je viens de citer. J'ai fréquemment noté chez les malades qui approchaient du terme fatal une odeur fétide, provenant non-seulement de la poitrine, mais qui s'exhalait aussi de tout le corps de l'individu, et qui n'offrait rien de spécial à la pneumonie, puisque je l'ai observée aussi souvent chez des sujets atteints de toute autre maladie aiguë, qui avait une issue funeste. Nous devons donc conclure de tout ce qui précède, que, pour reconnaître si la pneumonie s'est

(1) *Clin.*, t. III, p. 499.

(2) *Dict. de méd.*, t. Ier, p. 95.

(3) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 42.

terminée par une hépatisation grise, on ne peut invoquer isolément aucun symptôme caractéristique. Ce n'est qu'en étudiant et en comparant les phénomènes morbides aux différentes époque de l'affection, qu'on peut arriver à quelque *présomption* sur l'existence du troisième degré.

L'hépatisation grise se produit plus ou moins rapidement; toutefois, comme il nous est impossible de déterminer le moment où le pus commence à infiltrer le tissu pulmonaire, nous ne pouvons calculer exactement le temps qui s'écoule généralement, pour que l'inflammation passe du deuxième au troisième degré. Chez tous les individus qui ont présenté à l'autopsie une hépatisation grise, le début de la maladie datait de 8 à 13 jours, terme moyen 12 jours. Ceux dont la pneumonie n'avait pas encore franchi le deuxième degré lorsqu'ils ont succombé, étaient malades depuis 5 ou 17 jours, terme moyen 9 jours. Enfin chez ceux qui ont offert un mélange des deuxième et troisième degrés, la maladie datait de 7 à 19 jours, terme moyen 10 jours; on voit donc que la gravité des altérations pulmonaires trouvées à l'autopsie, était en rapport avec le temps qui s'était écoulé à dater du début des premiers accidens.

Il résulte également de l'analyse des faits que, toutes choses étant égales d'ailleurs, le siége de la pneumonie et l'âge des sujets ont exercé une influence notable sur le passage plus rapide de la phlegmasie du deuxième au troisième degré. C'est ainsi que la pneumonie qui envahit le lobe supérieur arrive à l'hépatisation grise, beaucoup plus vite que celle qui affecte les autres portions de l'organe. Il m'a paru également que la pneumonie arrivait plus rapidement au troisième degré, chez les personnes faibles, âgées, que chez les sujets plus jeunes et plus vigoureux. Si en effet, dans les cas où la maladie ayant eu une durée à peu près égale, et dans lesquels on a trouvé cependant des altérations arrivées à différens degrés, on recherche quel fut l'âge des malades, on voit que dans l'hépatisation rouge l'âge moyen des sujets était 41 ans; lorsqu'il y avait mélange des deuxième et troisième degrés, l'âge moyen était de 48 ans; enfin il était de 51, chez ceux dont la pneumonie avait passé complétement à l'état d'hépatisation grise.

La mort est la conséquence ordinaire de la pneumonie qui est parvenue au troisième degré. Il est probable que cette ter-

minaison a lieu presque toujours pour peu que l'infiltration purulente ait une certaine étendue. Quelques personnes semblent même douter qu'une hépatisation grise des poumons puisse se résoudre, et il faut convenir qu'il est difficile de leur prouver le contraire, puisque, comme je viens de le dire, la science ne possède encore aucun signe positif, pour diagnostiquer l'une de l'autre l'induration rouge et grise. J'ai bien vu trois malades, chez lesquels tous les signes *rationnels*, étaient réunis, pour me faire supposer l'existence du troisième degré; néanmoins ces individus ont guéri, et quoique le travail de résolution ait été beaucoup plus lent à se faire; cependant il ne m'a pas paru différer sensiblement de celui qu'on observe dans la résolution de l'hépatisation rouge; c'est-à-dire que comme pour cette dernière, le souffle tubaire a été remplacé, sans intermédiaire, par une crépitation humide et grosse, qui a persisté plusieurs semaines.

Suivant Laënnec, le râle crépitant redux se remarquerait bien dans la résolution de la pneumonie au troisième degré; mais cet illustre médecin a prétendu que cette crépitation était précédée par un râle muqueux ou sous-muqueux, indice du ramollissement d'une portion du pus. Au bout de peu de jours et quelquefois de peu d'heures, le râle crépitant deviendrait d'après lui, sous-crépitant et indiquerait l'apparition de l'œdème, qui, suivant le même auteur, accompagne ordinairement la résolution de l'hépatisation grise (1). Lorsqu'on sait que Laënnec, et que personne après lui n'a pu donner de signe positif pour reconnaître l'infiltration purulente des poumons, on sera autorisé à supposer avec M. Andral (2), que l'illustre auteur du Traité de l'auscultation, a plutôt imaginé que réellement observé, les différens signes qu'il indique comme accompagnant la résolution de la pneumonie au troisième degré.

## § II. *Abcès pulmonaires.*

Dans tous les cas d'abcès pulmonaires primitifs que j'ai réunis, il paraît que la collection purulente a toujours été consé-

(1) T. I, p. 527.
(2) Additions à Laënnec, t. I. p. 528

cutive à une pneumonie qui s'était manifestée avec le cortège des symptômes généraux et locaux qui l'accompagnent ordinairement. Il me semble également que les collections purulentes des poumons se remarquent surtout, comme je l'ai déjà dit, chez les adultes et les vieillards ; plus fréquentes dans le lobe supérieur que dans le lobe inférieur, on les observe plus spécialement à la suite des pneumonies qui affectent des sujets affaiblis par l'âge, par des maladies antérieures, par la misère ou les privations. C'est ainsi que sur 16 individus qui ont succombé avec des abcès pulmonaires primitifs, et pour lesquels on a tenu compte de l'état constitutionnel, je n'en trouve que deux ayant les attributs d'une bonne constitution ; tous les autres étaient plus ou moins affaiblis par une ou plusieurs des conditions que je viens d'énumérer. La nature des causes occasionnelles exerce aussi beaucoup d'influence sur la terminaison de la pneumonie par abcès. Ainsi J. Frank (1) a prétendu que les collections purulentes des poumons, succédaient très fréquemment, aux pneumonies qui étaient l'effet d'une violence extérieure, ou à celles qui avaient été précédées d'une affection catarrhale des bronches. Je n'ai pour ma part encore observé aucun fait qui confirme cette opinion. Le même auteur signale avec plus de raison les corps étrangers qui pénètrent dans les voies aériennes, surtout ceux qui arrivent par le larynx, soit que, s'enfonçant dans le poumon, ils le percent, le labourent et l'enflamment directement : tels sont les épis des graminées ; soit que, s'introduisant dans l'une des bronches, dans la droite spécialement, ils deviennent ainsi la cause excitante d'une pneumonie qui se développe dans un point plus ou moins éloigné ; j'ai précédemment rapporté plusieurs exemples qui le prouvent.

Comme on a pu le voir à l'anatomie pathologique, les pneumonies qui se sont terminées par la formation d'un abcès, occupaient presque toutes une étendue assez considérable de l'organe. La réunion du pus en foyer peut s'expliquer, tantôt par l'intensité de la maladie dont la marche a été extrêmement rapide, tantôt au contraire par sa lenteur, par une bénignité

(1) Part. secun., volu. secun., p. 599.

apparente dans les symptômes généraux, ce qui permet à la phlegmasie de parcourir dans quelques points toutes ses périodes.

Lorsque le pus est réuni en foyer, Laennec dit qu'on peut en reconnaître la présence à l'aide des phénomènes fournis par l'auscultation. Suivant ce grand observateur, dès qu'il y a collection purulente dans le poumon, l'oreille, appliquée sur le point correspondant de la poitrine, distingue un râle muqueux très fort, à grosses bulles et évidemment caverneux. La broncophonie qui existait précédemment, se change en une pectoriloquie évidente; la respiration et la toux de bronchiques qu'elles étaient, deviennent caverneuses. En un mot, on retrouve alors les mêmes signes physiques qui font reconnaître les cavités qui succèdent à la fonte des tubercules. Laënnec a même indiqué quelques caractères stéthoscopiques à l'aide desquels il serait possible de préciser jusqu'à à un certain point le degré de profondeur à laquelle les abcès sont situés, et le plus ou moins de consitance et d'épaisseur de leurs parois. Ainsi dans les cas où l'abcès est voisin de la surface, la respiration et la toux donneraient dans le point correspondant le *souffle dans l'oreille;* c'est-à-dire que lorsque le malade respire brusquement, l'air semble être attiré de l'oreille même de l'observateur, tandis que dans le temps de l'expiration, il semble au contraire à celui-ci qu'on lui souffle directement dans le conduit auditif. Ces phénomènes peuvent être déterminés par les saccades de la toux, et les articulations de la voix. Lorsque les parois de l'abcès pneumonique sont dans un état d'induration inflammatoire inégale, et n'ont pas encore dépassé dans quelques points la période d'engouement; pendant que le malade respire, parle ou tousse, il semble encore, dit Laënnec, qu'une sorte de voile mobile s'agite entre l'excavation pulmonaire et l'oreille de l'observateur. Les faits me manquent pour apprécier le degré d'importance du *souffle* dans l'oreille et du souffle *voilé*, dans les cas d'abcès pulmonaires; toutefois, à en juger par ce qu'on trouve chez les phthisiques, je ne pense pas que ces signes stéthoscopiques aient la valeur séméiotique spéciale que Laënnec leur avait attachée.

D'après les résultats fournis par l'anatomie pathologique, on peut affirmer d'avance que les symptômes stéthoscopiques indiquant la présence d'une excavation pulmonaire doivent manquer très souvent. En effet, pour que le souffle caverneux, le

gargouillement et la pectoriloquie soient produits, il faut, comme condition essentielle, que la cavité creusée dans les poumons ne soit pas entièrement remplie par le pus, et que de plus elle communique avec les bronches par des ouvertures suffisantes. Or, ces différentes conditions manquent dans un grand nombre de circonstances; on peut se convaincre, en effet, que dans plus de la moitié des cas d'abcès pulmonaires qui se sont terminés d'une manière funeste, le foyer était entièrement rempli par le liquide et ne paraissait pas communiquer directement avec les bronches. Chez les malades chez lesquels cette communication existait, il n'est pas démontré que l'ouverture fût suffisante pour produire les phénomènes stéthoscopiques précédemment décrits. L'état anatomique des parties explique donc pourquoi les symptômes que l'auscultation donne, font si souvent défaut dans les cas d'abcès pulmonaires. Je n'ignore pas que la plupart des observations ont été recueillies ou par des personnes peu versées dans les recherches d'auscultation, ou qui n'ont pas exploré suffisamment la poitrine; toutefois il est des cas nombreux, dans lesquels, malgré tout le soin qu'on a mis dans l'examen de la poitrine, rien ne put indiquer la présence d'une cavité purulente, à cause des conditions anatomiques de l'excavation elle-même. C'est ainsi que, dans l'observation que j'ai recueillie, quoique l'abcès fût placé tout à fait à la surface de l'organe, et que sa cavité fût assez vaste pour loger une très grosse noix, cependant l'auscultation pratiquée chaque jour avec un très grand soin, n'a fait constater à son niveau, aucun phénomène qui nous permît de reconnaître dans ce point une excavation pulmonaire. L'état du foyer à l'autopsie permit de m'expliquer pourquoi le stéthoscope ne m'avait fourni que des résultats purement négatifs. J'ai trouvé, en effet, la cavité entièrement remplie par le pus; elle était tapissée par une pseudo-membrane récente, qui l'isolait des parties voisines; examiné sous l'eau, je ne pus découvrir l'orifice d'aucune bronche, même d'un petit calibre; enfin l'insufflation me prouva également que le foyer n'avait aucune espèce de communication avec les tuyaux aériens.

M. le professeur Bouillaud a aussi rapporté dans sa Clinique (1) une observation d'abcès pulmonaire superficiel, sous-

(1) T. II., obser. 3e, p. 18.

pleural, dont la cavité anfractueuse *remplie de pus* pouvait loger un petit œuf. Cependant l'auscultation pratiquée le jour même de la mort ne fit constater au niveau de l'abcès qu'une absence presque complète de la respiration vésiculaire et un souffle bronchique. La percussion néanmoins produisit dans ce point un *quasi-tintement de pot fêlé*. Ce phénomène ne semblerait-il pas indiquer que la poche purulente devait communiquer avec l'air extérieur? à moins pourtant que le tintement puisse quelquefois reconnaître une cause différente de celle du bruit *de pot fêlé* ordinaire; c'est ce qui n'est pas probable. La percussion pratiquée dans les cas d'abcès pulmonaires, doit fournir un son complétement mat, parce que, comme nous l'avons dit, le foyer est le plus souvent rempli, et parce que ses parois sont formées par un tissu induré imperméable. Dans les cas au contraire où l'excavation est assez voisine de la surface si elle se vide du pus pour se remplir d'air, on conçoit qu'alors en percutant plus ou moins fortement, on peut obtenir un son tout à fait tympanique, et circonscrit à l'étendue même occupée par la caverne.

Les symptômes stéthoscopiques ne pouvant avoir lieu qu'autant que l'abcès communique largement avec les bronches, il s'en suit que le plus souvent les phénomènes sont précédés par une expectoration purulente. Sur douze observations d'abcès pulmonaires pour lesquels la matière de l'expectoration a été suffisamment décrite, on en trouve six dans lesquels il est certain que les malades rendirent par la bouche une quantité plus ou moins considérable de pus, qui s'échappa plusieurs fois brusquement et comme par flot de la poitrine. Ses qualités étaient variables; tantôt blancs, épais et franchement phlegmoneux, d'autres fois il était d'un gris sale brun ou jaunâtre ou bien sanieux et exhalait une odeur fétide ou même gangréneuse; indice certain que les parois du foyer étaient frappées de mortification. M. le docteur Pointe a rapporté un fait de ce genre dans une des séances de la société de médecine de Lyon (1). Une blanchisseuse âgée de 22 ans, d'une constitution peu forte, fut prise d'une pneumonie contre laquelle on n'opposa aucun traitement énergique dans les dix premiers jours. Saignée deux fois à cette

(1) *Journ. gén.*, t. 85, p. 295.

époque, on lui mit en outre plusieurs vésicatoires; elle succomba néanmoins au vingt-troisième jour de sa maladie, après avoir expectoré pendant les deux derniers jours, une matière brunâtre purulente, sans consistance et d'une horrible fétidité. A l'autopsie, on trouva le poumon gauche hépatisé presque partout, et présentant en arrière un foyer vaste, dont les parois étaient inégales, brunâtres et putrilagineuses. Dans les cas où le foyer communique largement avec les bronches, on pourrait aussi trouver dans les matières expectorées ces fragmens de tissu pulmonaire mortifiés, dont nous avons parlé à l'anatomie pathologique et dont l'inspection attentive ferait aisément reconnaître la nature.

Les qualités de l'expectoration, son abondance, son instantanéité, sont, comme on le voit, tout autant de particularités remarquables, dont il faudra tenir compte pour établir sûrement le diagnostic différentiel de la maladie.

L'époque à laquelle l'expectoration purulente se manifeste, doit varier suivant une foule de circonstances, et en particulier suivant la marche plus ou moins aiguë de la maladie, suivant que l'abcès est enkysté ou non, suivant le degré de solidité de la membrane, qui l'isole du tissu du poumon, etc., etc. Dans les cas où le début de la maladie a pu être fixé, l'expectoration purulente a eu lieu les quinzième, vingt-unième et vingt-huitième jour; elle a persisté pendant un temps qui a varié entre deux jours et trois mois, éprouvant des modifications très variables sous les rapports de la quantité et de la qualité du fluide excrété. L'expectoration purulente serait un phénomène qu'on devrait observer constamment si la vie se prolongeait davantage; mais nous avons vu que dans un grand nombre de cas, les malades succombent avant l'élimination du produit morbide. Je suis porté à penser que l'expectoration purulente doit très rarement manquer chez les individus qui sont parvenus du vingt-cinquième au vingt-huitième jour de la maladie.

On conçoit que, lorsque l'excavation s'est ainsi vidée en totalité ou en partie du pus qu'elle contenait, on puisse alors constater la présence des phénomènes stéthoscopiques précédemment énumérés. C'est ce qui a été entre autres observé par le docteur

Heyfelder (1). Ce médecin ayant soigné un individu affecté d'une pneumonie de la moitié inférieure du poumon droit, vit son malade rendre tout à coup une grande quantité de pus, qui le soulagea ; l'exploration acoustique fit entendre aussitôt après, et pour la première fois, à la base du thorax, un râle caverneux et de la pectoriloquie. M. le docteur Robert a également publié (2) l'observation d'une femme de 57 ans, qui au vingt-huitième jour d'une pneumonie gauche, rendit tout à coup une grande quantité de crachats globuleux, mêlés à une matière rougeâtre et puriforme. Dès le lendemain on entendit en arrière et sous l'omoplate, une respiration soufflante et de la broncophonie (l'auteur a sans doute voulu dire pectoriloquie) ; l'autopsie révéla l'existence d'une excavation assez vaste pour pouvoir contenir le poingt du sujet. Dans les cas où le foyer communique moins largement avec les bronches, les matières expectorées sont formées par des mucosités uniformément opaques, et qui ressemblent plus ou moins aux crachats qu'on rencontre dans la dernière période de la phthisie pulmonaire. Enfin lorsque l'abcès ne communique pas encore avec l'extérieur, les crachats sont ceux qu'on trouve communément dans les pneumonies parvenues au troisième degré, et dont j'ai parlé précédemment.

Les anciens auteurs admettaient que les abcès pulmonaires, au lieu de s'échapper par les bronches, pouvaient s'ouvrir dans le péricarde ou dans les plèvres et produire un empyème, ou bien enfin se faire jour dans la cavité abdominale. Ces diverses terminaisons sont possibles, mais infiniment rares.

La rupture de l'abcès dans la plèvre est l'accident qui devrait être le plus fréquent. Il est probable que M. Bouillaud, et moi, l'aurions observé chacun chez notre malade, si la mort eût été moins prompte. J'ai dit, en effet, que dans ces deux cas l'abcès était très superficiel, et que la plèvre ramollie ou très amincie formait une de ses parois. On se rappelle aussi un autre fait publié par M. le docteur Martin Solon (3), dans lequel

(1) Studien der Mediz. *Études médicales. Stuttgardt,* 1835.

(2) *Bulletin de la société anat.* dans le tome I^er^, p. 69 de la *nouv. Bibliot. méd.*, année 1828.

(3) *Archiv. de méd.,* t. XXVI, p. 81, année 1831.

le foyer menaçait de s'ouvrir dans le péricarde et le médiastin, après avoir déjà communiqué avec une portion de la plèvre. On conçoit que si l'abcès venait à s'ouvrir brusquement dans la cavité pleurale, on observerait tous les symptômes d'une pleurésie sur-aiguë, et probablement aussi ceux d'un hydro-pneumo-thorax.

Il existe dans les annales de la science, un certain nombre d'observations qui sembleraient prouver que les abcès du poumon s'ouvrent quelquefois à travers les parois thoraciques ou dans leur voisinage. Ainsi Quesnay (1) rapporte qu'un abcès étant survenu aux lombes, à la suite d'une inflammation de poitrine, il l'ouvrit : le malade ayant succombé quelques jours après, autopsie démontra qu'un *des lobes du poumon était presque entièrement tombé en suppuration, et qu'une petite partie du pus épanché dans la poitrine s'était frayé un passage vers les lombes, à travers les attaches du diaphragme.* Il est peut-être plus probable d'admettre que dans le fait rapporté par Quesnay il n'y avait qu'un épanchement pleurétique. Beaucoup d'anciens chirurgiens ont cru, en effet, avoir ouvert des abcès formés dans le parenchyme pulmonaire, tandis qu'ils donnaient seulement issue à un empyème : tels sont entre autres, les faits rapportés dans le *journal* de Vandermonde (2) et qu'on a présentés comme des exemples de guérison d'abcès du poumon ouverts à l'extérieur. La quantité de liquide évacué dans un cas, (2 kilogrammes au moins) ; le rétrécissement consécutif du thorax dans le deuxième, indiquent suffisamment que les malades ont été guéris d'un empyème et nullement d'un abcès pulmonaire.

Il est probable également que le prétendu abcès du poumon dont Foubert parla à l'académie de chirurgie (3), n'était autre chose qu'un épanchement pleurétique ou une caverne, qui menaçait de s'ouvrir à l'extérieur. Il existe plusieurs autres faits de cavernes tuberculeuses, ouvertes à travers les parois thoraciques et qu'on cite comme des exemples d'abcès pulmonaires; telle est l'observation qui a été insérée dans le *journal géné-*

(1) *Traité de la suppur.*, Paris, 1770, p. 178.

(2) T. X, p. 337, Observ. de Compardon, et t. XVIII, p. 161.

(3) *Mém. de l'acad. royale de chir.*, t. Ier, p. 531, in-8°, Paris 1819.

*ral* (1); telle est encore celle que M. Cayol a publiée plus récemment (2), etc., etc.

Enfin les faits présentés par MM. Monod et Bonnet de Lyon, à la Société Anatomique, ne sauraient non plus être invoqués, comme exemples d'abcès primitifs du poumon, ouverts à la surface de la peau. Car dans le cas cité par M. Monod, c'était un abcès froid, et la lenteur de sa marche explique son mode de terminaison : dans celui de M. Bonnet, il y avait primitivement un épanchement purulent dans la plèvre; une pneumonie légère étant alors survenue, elle se termina probablement par un abcès qui s'ouvrit dans l'empyème, lequel formait à l'extérieur une tumeur fluctuante, dans laquelle on entendait du gargouillement. Ainsi jusqu'à présent je crois qu'il n'y a aucun fait qui prouve qu'une pneumonie à marche aiguë, puisse se terminer par un abcès, qui s'ouvrirait à travers les parois thoraciques. On conçoit facilement que ce mode de terminaison doit être en effet excessivement rare, à cause de la facilité qu'éprouve le pus à s'échapper par les bronches, à cause aussi du temps très long qu'exige la perforation des parois thoraciques. Aussi voit-on généralement, les malades succomber, avant que la nature ait pu terminer le travail d'élimination. On conçoit qu'il n'en serait pas tout à fait de même dans les cas d'abcès chroniques; les exemples assez fréquens d'ouvertures de cavernes à travers les parois thoraciques suffirait pour justifier cette opinion, si je n'avais pas rapporté précédemment un cas d'abcès froid, formé dans le poumon et qui s'était ouvert sur là partie latérale du cou.

Ce que je viens de dire ne s'applique pas probablement aux abcès qui sont consécutifs à l'introduction d'un corps étranger dans le poumon. En effet, les collections purulentes qui se forment dans ces circonstances, sont celles qui paraissent avoir le plus de tendance à s'ouvrir à la surface des tégumens. Cela paraît être vrai, surtout dans les cas où un épi de blé, d'orge ou d'avoine, s'étant introduit par la partie supérieure des voies aériennes, a provoqué une inflammation des poumons. On voit alors ces corps étrangers cheminer rapidement jusqu'à la péri-

(1) T. LXVIII, p. 94.

(2) *Clin. méd.*, Paris, 1833, p. 108.

phérie du poumon qu'ils enflamment; ils le perforent, arrivent jusque sous la peau, où ils déterminent un abcès, et finissent par être éliminées avec le pus, dès que le liquide vient à s'échapper à l'aide d'une ouverture spontanée ou faite par l'art. Des exemples de ce genre ne sont pas rares dans la science; je crois que les deux plus récens ont été publiés par M. Bailly (1) et par M. Stanski (2). Une objection pourtant peut être faite. On dira peut-être que lorsqu'un épi de graminées qu'un malade a avalé plus ou moins longtemps avant, s'échappe au moyen d'un abcès, à travers un des points de la paroi thoracique, cela ne prouve pas qu'il y ait eu réellement abcès pulmonaire, car il est possible en effet que le corps étranger ait seulement usé, perforé ou tout au plus enflammé l'organe, sans produire pourtant dans son tissu de collection purulente. Il n'y a rien d'impossible que les choses se passent ainsi dans quelques cas; mais il en est d'autres certainement où le corps étranger a fait suppurer le poumon dans un certain rayon, et l'abcès a dû se vider à l'extérieur en même temps que celui qui s'est développé consécutivement dans les parois de la poitrine. C'est là, d'ailleurs, le mécanisme suivant lequel, sont expulsés la plupart des corps étrangers introduits accidentellement dans les viscères.

En général, pendant que les phénomènes que je viens d'énumérer ont lieu, plusieurs des symptômes de la période aiguë de la pneumonie ont cessé. Ainsi, les crachats ne sont plus rouillés, le point de côté a disparu; il n'y a qu'une oppression, et une dyspnée plus ou moins fortes. Quant aux symptômes généraux, ils varient suivant la terminaison que doit avoir la maladie. Si l'issue doit être fatale, la fièvre continue ou redouble; elle présente les caractères de la fièvre hectique; l'amaigrissement est rapide; bientôt un dévoiement colliquatif survient, et précipite le moment fatal.

Les abcès pulmonaires ont généralement une marche aiguë; à l'exception d'un malade qui a survécu jusqu'à la treizième semaine, tous les autres ont succombé entre le cinquième et le cinquante-cinquième jour, à dater du début des premiers symp-

(1) Arch., t. 12, p. 465.

(2) *Bull. de la Soc. anat.* 1864, 2e série, p. 89.

tômes de la pneumonie, terme moyen vers le vingt-unième jour. W. Stockes, dont j'aime tant à invoquer le témoignage, a vu un abcès pulmonaire affecter une marche chronique, bien qu'il n'y eût aucun caractère tuberculeux ; l'excavation était considérable; elle occupait la base de l'organe, les parois solides étaient d'un gris d'acier, et la portion voisine du poumon était dans un état d'induration chronique; il n'y avait ni fièvre ni gêne de la respiration, et, à l'exception de la maigreur et d'une apparence hectique du sujet, rien n'indiquait une maladie constitutionnelle; à la base de la poitrine, à droite, le son était mat, et on trouvait tous les signes d'une cavité communiquant avec les bronches. Je regrette que M. Stockes, d'ailleurs si exact dans ses descriptions, ait manqué de nous dire si la maladie avait commencé lentement ou avec l'appareil ordinaire des phlegmasies aiguës ; quelle en avait été la durée totale; et quels symptômes avaient été notés dans la dernière période.

Les abcès du poumon peuvent-ils se terminer d'une manière favorable ? En ne consultant que les faits que j'ai rassemblés, je devrais répondre par la négative, puisque tous mes malades ont succombé. Cependant, je me hâte de dire que, voulant étudier la maladie avec des faits dont le diagnostic fût à peu près incontestable, j'ai dû ne réunir que des observations complètes, c'est-à-dire accompagnées d'autopsie, et ne pas me servir des faits assez nombreux qu'on a publiés comme exemples de guérison d'abcès pulmonaires, attendu que pour beaucoup d'entre eux le diagnostic est erroné ou douteux. Dans d'autres, les médecins se sont contentés de simples assertions, et il a été par conséquent impossible de se servir des faits observés par eux.

Cependant, je suis porté à croire que les abcès pulmonaires peuvent guérir. Si les faits observés par Laënnec ne peuvent en donner une démonstration rigoureuse, ils rendent du moins cette opinion très-probable. J'ai dit en effet précédemment que Laënnec avait, en 1823, observé plus de 20 pneumonies partielles, qui se terminèrent par des vomiques, le diagnostic fut vérifié deux fois par l'autopsie ; tous les autres malades guérirent; mais Laënnec *affirme* (1), (et cela vaut presque une démonstration pour moi) que chez les individus qui se ré-

(1) T. I, page 507.

tablirent, la présence d'un abcès pulmonaire était aussi certaine que chez les premiers. Quelques-uns de ces abcès avaient une étendue considérable, et cependant la cicatrisation s'est faite parfaitement et sans aucun orage, dans un espace de temps qui a varié de quinze à quarante jours. Chez un malade qui présentait les signes d'une excavation, dans une étendue de 21 centimètres 98 millim. carrés, à la partie postérieure inférieure droite de la poitrine, ces phénomènes n'ont disparu complétement qu'après trois mois. Enfin, chez une dame de cinquante ans, dont l'abcès, plus petit, siégeait au sommet du poumon gauche, les symptômes stéthoscopiques n'ont cessé qu'après six mois environ ; mais l'embonpoint et les forces étaient revenus depuis longtemps. Ne peut-on pas supposer que plusieurs des malades (et la dernière en particulier) ont eu une phthisie circonscrite qui a guéri après l'évacuation de la masse tuberculeuse? la chose est possible ; mais il n'est pas probable que Laënnec ait pu se tromper chez tous les autres malades, et on ne saurait se refuser d'admettre qu'il a réellement vu quelquefois de véritables abcès pulmonaires se terminer d'une manière favorable.

W. Stockes a publié également, dans son ouvrage, une observation curieuse qu'il donne comme étant un exemple de guérison d'un abcès pulmonaire. En voici la traduction (1).

Un jeune homme, de constitution robuste, fut admis à l'hôpital, pour une maladie de poitrine qui datait de quelques semaines. La région antérieure et supérieure du côté droit était mate, et dans ce point, ainsi que vers l'épaule, les signes d'une grande caverne étaient évidens. Dans le reste de la poitrine on entendait les râles de la bronchite. En peu de temps le malade reprit ses forces, recouvra l'appétit et la santé, le pouls revint au type normal, et il quitta l'hôpital, se disant parfaitement bien, quoique les signes d'abcès persistassent.

Quelques semaines après, il revient dans nos salles : les signes d'un abcès étaient restés les mêmes. Quelques jours après, nouvelle amélioration, et le malade peut reprendre son métier de forgeron. Je le perdis alors de vue pendant un an, puis il revint de nouveau avec une pleuro-pneumonie intense, qui du-

(1) *Diseases of the chest*, p. 514.

rait depuis cinq jours, et qu'il avait complétement négligée. Depuis sa dernière sortie de l'hôpital, il avait joui d'une santé parfaite, livré à ses rudes travaux, qu'il ne cessa que lorsqu'il lui survint un point de côté avec fièvre et oppression.

Lorsque je le vis, il présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie droite avec hépatisation. Tout le côté droit, en avant et en arrière, était tout-à-fait mat, excepté dans la région sous-claviculaire qui paraissait sonore comparativement. On se rappelle que cette région avait été autrefois le siége de l'abcès. Dans le point mat on entendait de la respiration bronchique avec beaucoup de râle muqueux crépitant; mais l'examen de la région sous-claviculaire nous montra, à notre grande surprise, que tous les signes d'une caverne avaient disparu, et étaient remplacés par une respiration puérile. Le diagnostic était rempli de difficultés : il était évident que la plus grande partie du poumon était plus dense et hépatisée; mais pourquoi une petite portion était-elle intacte, lorsque dans le reste, la maladie était si avancée? il n'était pas aisé surtout d'expliquer comment cette portion était justement celle où l'on avait reconnu jadis un abcès. Tout traitement fut inutile, le malade mourut le troisième jour, sans qu'il fût survenu de changement dans les phénomènes stéthoscopiques.

*Autopsie.* — Le poumon droit était solidifié dans toute l'étendue indiquée par le stéthoscope. Depuis la quatrième côte jusqu'en bas, la plèvre était recouverte de lymphe coagulable, qui, lorsqu'on l'eut enlevée, laissa voir à travers la membrane séreuse, le poumon d'une couleur jaunâtre. A la partie supérieure, les adhérences étaient manifestement anciennes, et on ne put les détacher du thorax qu'avec beaucoup de peine. Au sommet, et à la face supérieure et antérieure, on remarquait une dépression profonde avec froncement. On coupa alors le poumon dans une ligne correspondante à l'angle des côtes, de manière à le séparer en deux portions, réunies seulement à la racine du poumon : on eut alors l'explication des signes physiques. La portion supérieure et antérieure, dans une étendue de 21 centim. carrés, était parfaitement crépitante, et nullement engorgée : elle était séparée du reste de l'organe par la cicatrice de l'abcès. La cavité avait été oblitérée par adhésion de ses parois, de sorte qu'elle formait un septum cartilagineux de 14

millimètres d'épaisseur en haut, et graduellement moins épais en bas, de manière à n'en avoir plus dans ce point que 5. La longueur totale de ce septum était d'environ 9 centimètres; il commençait au sommet du poumon, se dirigeant d'arrière en avant et en bas, et se terminait au point où la grosse bronche donne un rameau au lobe supérieur. Il consistait partout en deux couches, unies seulement par une membrane celluleuse fine, et facilement séparable ; c'était manifestement la cicatrice de l'abcès. Par sa situation, il avait isolé la portion sous-claviculaire du poumon, c'est-à-dire celle où l'on entendait la respiration puérile. Un tuyau bronchique passait des gros troncs immédiatement au-dessous de la cicatrice, de manière à conduire de l'air dans cette portion du poumon, qui ne différait en aucune façon d'un tissu sain, si ce n'est par une hypertrophie notable des cloisons interlobulaires. Le reste du sommet, ainsi que les lobes moyen et inférieur, étaient denses, d'une couleur gris-jaunâtre, et infiltrés du pus. L'examen le plus attentif ne put faire découvrir un seul tubercule dans aucun organe.

Il est extrêmement probable, dit Stockes, que cet abcès était réellement le produit d'une inflammation phlegmoneuse. L'absence des symptômes de phthisie, lors de la première attaque, la formation de la caverne après une maladie de peu de semaines, le rétablissement complet du malade, tout se réunit pour établir si on voulait la vraie nature de l'affection, et si on voulait encore d'autres preuves, l'absence des traces de tubercules suffirait pour démontrer que la caverne n'était pas tuberculeuse. »

Je ne suis pas aussi convaincu que l'est peut-être M. Stockes, que la caverne dépendît, dans ce cas, d'un abcès pulmonaire. L'auteur n'a malheureusement donné aucuns détails sur la nature de la première maladie éprouvée par le jeune homme. Il est possible qu'il ait eu une pneumonie; mais nous n'en sommes pas certains. L'auteur lui-même doit partager nos doutes. De ce qu'on n'a pas trouvé de tubercules à l'autopsie, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'individu n'ait pas été phthisique un an avant ; car bien que les observations de caverne unique soient infiniment rares, celles d'abcès pulmonaires ne le sont pas moins. De sorte que ce fait de M. Stockes doit être considéré comme un cas très-douteux, et qui, par lui-même, ne saurait résoudre le problème de la curabilité des abcès pulmonaires.

## ARTICLE IV.

### Terminaison par gangrène.

Les anciens auteurs regardaient la pneumonie comme une des phlegmasies viscérales qui se terminait le plus souvent par gangrène. Peu versés dans les recherches d'anatomie pathologique, ils croyaient trop souvent à une véritable mortification lorsque les tissus étaient seulement ramollis, et plus ou moins colorés en noir ou en brun ; plus souvent encore, ils admettaient l'existence de la gangrène d'après un état symptomatique insuffisant pour la caractériser. Ainsi l'expectoration noire, que nous avons comparée à du jus de réglisse ou de pruneaux, ou bien encore la cessation de la douleur, la décomposition des traits de la face, l'accélération du pouls, tous les symptômes enfin faisant soupçonner le passage de la pneumonie au troisième degré, ou qui étaient les avant-coureurs de la mort, étaient encore regardés par eux comme annonçant la terminaison par gangrène. Mais aujourd'hui, depuis J. Frank (1) et Laënnec (2), tout le monde s'accorde à regarder la gangrène des poumons comme succédant très-rarement à leur inflammation. Laënnec disait même que la gangrène pouvait à peine être rangée au nombre des terminaisons de la pneumonie, et encore moins la regarder comme un effet de son intensité, attendu que le caractère inflammatoire était très-peu marqué dans cette affection.

Je partage à peu près l'opinion de Laënnec. J'ai eu occasion d'observer 9 ou 10 cas de gangrène pulmonaire, et jamais la maladie n'a succédé à une pneumonie parfaitement caractérisée. Sur les 305 pneumonies que j'analyse dans cet ouvrage, il n'y en a aucune qui se soit terminée par gangrène. Enfin j'ai parcouru l'histoire de 70 cas de gangrène pulmonaire, qui ont été consignés depuis 25 ans dans des ouvrages et des recueils périodiques, et sur ce nombre, il y en a tout au plus 5 qu'on pourrait regarder comme des exemples de pneumonies terminées

(1) *Praxeas medicæ*, Part. II, vol. II, p. 574.
(2) T. I, p. 548.

par sphacèle. Il arrive encore trop souvent de nos jours qu'on attribue une origine inflammatoire à certains cas de gangrène pulmonaire, parce que les malades ont éprouvé dans les premiers jours de la maladie, de l'oppression, de la fièvre, et par fois même une douleur de côté; mais ces accidens sont insuffisans pour caractériser une pneumonie.

Nous ne savons encore quelles sont les conditions qui peuvent favoriser la production de la gangrène dans le cours des pneumonies primitives. Les malades chez lesquels on l'a observée jusqu'à présent étaient jeunes, et d'une constitution qui ne devait pas faire craindre ce mode de terminaison. La nature des causes ne pouvait non plus expliquer la complication qui est survenue; car quatre fois la pneumonie avait été spontanée, ou s'était déclarée à l'occasion de l'impression du froid; dans un cas seulement elle avait succédé à une contusion; et il est impossible d'affirmer que celle-ci ait eu une part réelle dans le mode de terminaison de la pneumonie.

Laënnec a dit avec raison que la gangrène qui succédait à la pneumonie ne pouvait pas être regardée comme ayant été produite par la violence de la maladie elle-même. Si on recherche en effet, quelle est la marche de la pneumonie, dans les cas où celle-ci se termina par gangrène, on voit que la phlegmasie pulmonaire a eu assez généralement une intensité ordinaire, comme on peut en juger par sa durée, puisque la mort a eu lieu du septième au vingt-quatrième jour, terme moyen au dix-huitième. On a aussi quelquefois, tâché d'expliquer le développement des gangrènes pulmonaires consécutives à une pneumonie, par quelque condition physique. Ainsi on a supposé qu'un épanchement pleurétique survenant dans le cours d'une pneumonie déjà passée à l'état d'hépatisation, pouvait déterminer le sphacèle de l'organe par une sorte d'étranglement; d'autres se sont demandé si la compression du poumon, subitement accru de volume, par son tissu propre, ou par la cage thoracique, ne pourrait pas expliquer le même accident. Ce sont là tout autant de suppositions dont nous ne devons pas nous occuper ici, attendu que les faits qui les ont inspirées à leurs auteurs ne sont pas assez concluans pour les justifier. Il est probable que lorsqu'une gangrène des poumons se déclare dans le cours d'une pneumonie, cela tient à quelque condition

accidentelle, le plus souvent locale, qu'il est impossible de prévoir et de déterminer : de même que nous voyons très fréquemment dans des érysipèles de la face, se produire des plaques gangréneuses sur les tégumens, sans qu'il soit toujours possible d'expliquer cet accident, ni par l'intensité de la maladie, ni par la nature des causes qui ont présidé à son développement, ni par aucune autre circonstance individuelle ou extérieure.

Le développement de la gangrène pulmonaire est caractérisé par divers symptômes, dont les plus importans sont fournis par l'expectoration et par l'odeur de l'haleine. Les crachats que les malades rendent ont une couleur variable tantôt bruns, jaunâtres, couleur tabac d'Espagne; d'autres fois ils sont d'un gris verdâtre, sales ou bien noirs, mêlés ou non aux crachats jaunes pneumoniques; parfois ils sont formés par du sang presque pur, rouge, le plus souvent noir; dans presque tous les cas ils ont une fétidité repoussante. L'haleine des malades exhale la même puanteur; tantôt c'est l'odeur caractéristique de la gangrène ordinaire; d'autres fois elle se rapproche davantage de celles que donnent les macérations anatomiques. Lorsque la gangrène s'est emparée des parois d'un abcès, le malade rejette une plus ou moins grande quantité de matière purulente, grisâtre, noirâtre, qui exhalera la même odeur fétide.

Si on ausculte la poitrine dans les cas dont nous parlons actuellement, le plus souvent on n'observe que les signes physiques propres à l'hépatisation. Mais au contraire, lorsque la gangrène ayant promptement détruit une portion plus ou moins considérable du poumon, la substance de l'organe a été fondue ou détachée par le travail de désorganisation, il se forme alors une caverne plus ou moins profonde, au niveau de laquelle on devra entendre les signes physiques propres aux autres excavations pulmonaires. Si les abcès gangréneux ne sont point une altération très rare dans les cas de gangrène primitive, ils me semblent devoir être beaucoup moins fréquents, lorsque la gangrène est consécutive à une pneumonie; celle-ci ayant déja beaucoup altéré les forces, les malades succombent en général, avant que la destruction ait eu le temps de devenir aussi complète.

La gangrène pulmonaire, pour peu qu'elle soit étendue, s'accompagne de symptômes généraux graves; la face est altérée,

livide, les forces sont anéanties; le malade est dans le décubitus dorsal; la chaleur est peu élevée, le pouls, d'une fréquence extrême, est petit, dépressible et irrégulier; les dents, la langue, les lèvres, sont encroûtées de fuliginosités; une diarrhée fétide, colliquative, vient encore ajouter à la faiblesse; il y a des soubresaults dans les tendons, parfois des eschares se forment dans plusieurs autres parties du corps, surtout dans les points qui sont soumis à quelque compression. Pour peu que la gangrène date de quelque temps, on peut, comme chez un malade dont parle M. Andral (1), observer une maigreur très grande, comparable à celle qui résulterait d'une ancienne suppuration.

On sait que c'est presque exclusivement d'après ces symptômes généraux que les anciens auteurs et que plusieurs même de nos contemporains, comme J. Frank (2), diagnostiquaient la gangrène consécutive à la pneumonie. Mais on comprend que ces symptômes sont insuffisants pour caractériser cette complication, attendu qu'on les observe dans plusieurs autres états graves de l'économie, et même dans certaines pneumonies simples, arrivées au troisième degré, et qui sont sur le point de se terminer d'une manière funeste. Enfin, la gangrène peut exister sans qu'on observe, du moins à son début, les phénomènes que l'on regarde communément comme en formant le cortège ordinaire; les symptômes généraux ne sont tels que je viens de les décrire, que lorsque l'altération occupe tout d'abord une assez grande étendue, et lorsqu'elle survient chez un sujet déja très affaibli par la maladie première.

## ARTICLE V.

### Passage de la pneumonie à l'état chronique.

Le passage de la pneumonie à l'état chronique est le mode de terminaison le plus rare de cette maladie. Jusqu'aprésent je n'en ai vu qu'un seul cas, et beaucoup de praticiens dans le cours d'une longue carrière, n'en ont même jamais observé d'exemple. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit sur ce sujet,

(1) *Cliniq.* t. III, p. 445, ob. 65e.
(2) *Loc. cit.*, p. 375.

à l'article de l'anatomie pathologique auquel je renvoie le lecteur. Cependant quelques personnes, par l'interprétation qu'elles donnent à certains phénomènes consécutifs, sont portées à regarder la pneumonie chronique, comme étant encore beaucoup plus fréquente qu'elle n'est réellement.

J'ai dit précédemment, avec quelle lenteur le poumon revenait à son état normal. On a vu en effet, que pendant un, deux ou trois mois après la guérison apparente d'une pneumonie, l'auscultation et la percussion pouvaient encore fournir différens phénomènes morbides qui prouvaient que le poumon n'avait pas encore repris toute sa perméabilité. Mais on ne saurait invoquer de pareils faits comme des exemples de pneumonie chronique, pas plus qu'on ne serait autorisé à regarder comme caractérisant une inflammation chronique, la couleur violacée, l'épaississement, l'infiltration séreuse des tégumens qui ont été affectés d'érysipèle, à une époque plus ou moins éloignée. Ce sont là des suites, des *reliquats* de la maladie, qui disparaîtront peu à peu, mais qui ne peuvent être assimilés à ces lésions de nutrition, qui caractérisent une phlegmasie chronique. Il en est de même pour le poumon. Si on considère que la faiblesse du bruit respiratoire, ou une respiration rude, une expiration prolongée, ou du râle sous-crépitant, peuvent exister dans une étendue considérable, bien que les individus aient recouvré leur appétit, leur embonpoint, et leurs forces, il sera impossible d'admettre que ces personnes eussent pu reprendre toutes les apparences de la santé la plus complète, si quelque grave altération existait encore dans un organe aussi important que le poumon.

Nous ne savons pas encore les causes qui peuvent favoriser le passage de la pneumonie aiguë à l'état chronique. On a dit que la maladie affectait ce mode de terminaison, lorsque le traitement avait été mal dirigé, et que surtout on n'avait pas suffisamment insisté sur les moyens antiphlogistiques. Il est impossible d'apprécier *à priori* la valeur de ces opinions. Je dirai pourtant que le seul exemple de pneumonie chronique que j'ai observé, l'a été chez un sujet qui ne fut pas saigné, et qui but pendant toute la durée de l'état aigu une grande quantité de vin chaud.

Il est aussi rationnel de supposer que la pneumonie qui a

peu d'intensité qui affecte des sujets d'une constitution peu forte, doit passer avec plus de facilité à l'état chronique, que celle qui, survient chez des individus vigoureux et qui offrant beaucoup de violence, doit par conséquent parcourir ses périodes avec plus de rapidité. Le fait que j'ai vu, et un autre à peu près semblable, observé l'année dernière par M. le docteur Requin, confirment cette manière de voir. Il paraît aussi, qu'il est des indurations chroniques des poumons, qui sont *primitives*, c'est-à-dire qu'elles s'établissent insensiblement dans le cours d'un catarrhe chronique. Cependant il n'est pas démontré que dans ces cas il n'y ait pas eu au début quelques symptômes de pneumonie bénigne; c'est un point, d'ailleurs, que les auteurs qui rapportent les faits dont je parle actuellement, n'ont pas cherché à éclairer.

Lorsque la pneumonie passe à l'état chronique, on voit les symptômes aigus de la maladie s'amender; la fièvre diminue ou cesse même tout à fait; la douleur de côté disparaît, les crachats perdent leur viscosité et leur coloration jaune ou rouge, l'appétit renaît; mais, malgré cette amélioration, il est quelques autres symptômes qui restent stationnaires. C'est ainsi que les forces et l'embonpoint, loin de reprendre, diminuent au contraire de plus en plus, et si on explore la poitrine, on trouve qu'il y a encore une portion plus ou moins considérable d'un poumon tout à fait induré et imperméable à l'air; c'est-à-dire que le son est mat, et que l'auscultation fait entendre une respiration bronchique, de la broncophonie, avec ou sans mélange d'une crépitation humide et grosse. Ce sont là les seuls phénomènes stéthoscopiques que j'ai entendus, pendant toute la durée d'une pneumonie chronique qui avait été consécutive à un état aigu. Il paraît cependant que, dans quelques cas, l'induration chronique des poumons ne détermine à l'auscultation que des résultats purement négatifs; c'est-à-dire que l'oreille, appliquée au niveau des parties malades, ne distingue ni le murmure vésiculaire, ni aucun bruit pathologique: si le malade parle, la voix ne retentit point, et en n'ayant égard qu'aux résultats fournis par l'auscultation et la percussion, on pourrait croire facilement que le malade n'est affecté que d'un épanchement pleurétique circonscrit, et remontant déjà à une époque éloignée. M. le docteur Requin a observé un fait de

ce genre dans le courant de l'année dernière. Un homme âgé d'environ 40 ans, d'une constitution chétive, entra dans son service après avoir éprouvé quelques accidens aigus vers la poitrine et ayant encore de la toux et de l'oppression. L'examen du thorax fit découvrir dans le quart ou le tiers inférieur du côté droit, une matité complète, avec absence de toute espèce de bruit normal ou morbide. Il n'y avait pas, ou à peine de fièvre. On crut à l'existence d'un simple épanchement pleurétique. Plus tard des accidens fébriles irréguliers et un amaigrissement progressif, firent soupçonner quelque complication tuberculeuse. Le malade succomba dans le marasme environ deux ou trois mois après le début de l'affection, et à l'autopsie on ne trouva d'autre altération pour expliquer les symptômes observés pendant la vie, qu'une induration très ferme, non granulée du lobe inférieur du poumon droit, sans épanchement dans la plèvre, sans tubercules ni granulations miliaires.

Il est difficile d'expliquer l'absence de toute espèce de bruit dans les cas dont je parle. Peut-être alors doit-on supposer que si les bronches de la partie malade ne sont pas précisément oblitérées, elles sont au moins assez aplaties pour ne permettre l'entrée que d'une très petite quantité d'air. Peut-être enfin un poumon chroniquement induré a subi une modification telle dans son tissu, qu'il a perdu la propriété de vibrer, bien que l'air arrive encore dans les principales ramifications bronchiques. Ce sont là des phénomènes qui attendent encore une explication satisfaisante.

Dans les cas de pneumonie chronique, les malades rendent des crachats en général blancs, plus ou moins opaques, et semblables à ceux des catarrhes chroniques ; il y a de la dyspnée, et parfois un sentiment de gêne et d'oppression dans la poitrine. La fièvre, du moins au début, n'est pas continue; ainsi, chez le malade que j'observai, le mouvement fébrile cessa tout à fait pendant 12 ou 15 jours, puis il se montra irrégulièrement ; il existait pendant 2 ou 3 jours, puis il cessait pour reparaître ensuite après une intermission de quelques jours. Enfin il finit par être continu et offrait alors des redoublemens nocturnes sans sueurs. C'est à cette période de l'affection, qu'on vit la maigreur faire des progrès rapides, et au bout de 2 mois, le malade était réduit à ce dernier degré de marasme, qu'on

n'observe guère que dans la phthisie pulmonaire et le cancer de l'estomac. M. Requin a observé les mêmes phénomènes chez son malade. Toutefois, ce médecin aussi savant qu'habile, n'a pu me dire s'il y avait eu des sueurs nocturnes, ou si cette excrétion avait manqué comme chez mon malade ; circonstance qu'il importe de rechercher, car elle pourrait fournir quelque indication pour éclairer le diagnostic différentiel.

On voit que nous ne savons presque rien sur la pneumonie chronique. Je n'ai pu même essayer d'en commencer l'histoire, n'ayant eu l'occasion de la rencontrer que trois fois, et même deux des cas sont inutiles sous le rapport symptômatique, puisque la lésion des poumons étant venue compliquer une autre maladie organique, n'avait pas été soupçonnée pendant la vie. J'avais espéré pouvoir étudier la maladie d'après les observations des autres ; mais dans les recherches auxquelles je me suis livré, je n'ai trouvé aucun fait qui pût être utilisé.

## ARTICLE VI.

### Marche et terminaisons des Pneumonies consécutives.

#### § I. — *Marche des pneumonies consécutives.*

Si on se rappelle combien sont peu tranchés dans un grand nombre de cas, les symptômes qui marquent le début des pneumonies consécutives, on comprendra la difficulté qu'on éprouve souvent pour calculer la marche de la maladie et apprécier exactement sa durée totale et celle de ses différentes périodes. Cependant, en n'ayant égard qu'aux cas dont le début a pu être déterminé avec quelque précision, il est facile de voir que les pneumonies secondaires diffèrent généralement par leur marche, des pneumonies primitives. On ne saurait néanmoins établir à ce sujet, aucune règle fixe et invariable ; car l'on trouve de nombreuses différences, non-seulement suivant le genre de maladies que la pneumonie vient compliquer, mais encore dans la même affection, sans qu'il soit toujours possible d'en saisir la véritable cause. Je citerai comme exemple, la fièvre typhoïde ; si on recherche en effet quelle est la marche que suivent les pneumonies qui viennent compliquer cette re-

doutable maladie, on voit que dans les deux tiers des cas, la marche est plus lente que dans les pneumonies ordinaires. Ainsi au lieu de voir comme dans celles-ci la phlegmasie passer rapidement du premier au deuxième degré, nous trouvons au contraire, que les signes d'engouement, obscurs, mal dessinés, persistent quelquefois pendant plus d'un septénaire. Chez un tiers des malades la forme est plus aiguë, la marche plus rapide; et si elle diffère de celle des pneumonies primitives, c'est par une tendance plus grande à s'étendre, à envahir le poumon opposé et à se terminer plus vite par la mort. Cette marche différente se remarque également, et à peu près dans la même proportion, dans les pneumonies qui surviennent à une période avancée de la phthisie pulmonaire, des maladies organiques du cœur et des affections cérébrales. Au contraire les inflammations pulmonaires que j'ai vu compliquer, la néphrite albumineuse, la rougeole, la variole, celles qui sont survenues consécutivement aux résorptions purulentes, m'ont paru avoir une marche plus prompte, c'est-à-dire que la phlegmasie a rapidement envahi de grandes surfaces, et que, sur seize individus, il en est treize ou quatorze chez lesquels il a suffi de douze, vingt-quatre ou trente-six heures au plus pour voir la pneumonie passer de l'engouement à l'hépatisation rouge ou à la splenisation. D'après les renseignemens qui m'ont été donnés par M. Thore, il paraîtrait que la pneumonie aurait surtout une marche extrêmement rapide chez les démens paralytiques, puisqu'il ne s'est jamais écoulé plus de trois jours entre l'apparition des premiers phénomènes morbides et la mort des sujets, et qu'il a suffi d'un temps aussi court pour voir se développer dans les poumons, et dans une étendue plus ou moins considérable les altérations qui caractérisent les divers degrés de la pneumonie.

Si on étudie quelle est la marche des pneumonies secondaires dans le jeune âge, on trouve que, comme chez l'adulte, elles sont remarquables, tantôt par leur rapidité, tantôt au contraire par leur lenteur. Ainsi M. Valleix (1) ayant recherché comparativement quelle avait été la marche de la pneumonie chez les nouveau nés affectés d'œdème et de muguet, a vu

(1) *Clinique des mal. des enfans, Paris,* 1838.

que chez les premiers, comme dans les cas de pneumonie simple, l'altération des poumons avait gagné rapidement une grande surface, et qu'il avait suffi de un à quatre jours, terme moyen trois jours un tiers, pour voir la matité acquérir la plus grande étendue. Au contraire, dans les pneumonies consécutives au muguet, dans les cas où il y eut matité, elle n'atteignit son maximum au bout de sept jours qu'une seule fois, et dans les autres, il fallut pour cela de dix à dix-neuf jours, ou, terme moyen, dix jours et demi environ; de plus, la matité ne parut que deux, sept et dix-sept jours après les premiers symptômes, ou, terme moyen, huit jours et demi, et jamais du jour au lendemain comme dans les cas précédens.

Chez les enfans plus âgés, d'après MM. Rilliet et Barthez (1), la marche suivie par la pneumonie serait en rapport avec celle de l'affection dans le cours de laquelle elle se manifeste. Ainsi, d'après ces auteurs, les pneumonies lobulaires simples, lobulaires généralisées ou lobaires, survenant au milieu d'une maladie de long cours, revêtent l'aspect propre aux maladies chroniques; tandis que celles qui compliquent une affection aiguë, revêtent d'ordinaire la forme aiguë. Ainsi, d'après MM. Rilliet et Barthez, il y aurait un rapport assez intime, entre la nature de la maladie première, et la physionomie que présente, ou la marche que suit la pneumonie qui vient les compliquer. Je regrette beaucoup que les deux médecins habiles, dont j'ai si souvent et si justement cité les intéressans travaux, ne soient pas entrés dans quelques détails pour justifier leur opinion; je l'eusse désiré d'autant plus que, comme on a pu s'en convaincre, leurs résultats ne s'accordent pas avec ceux que j'ai obtenus pour l'adulte; ils diffèrent aussi de ceux que M. le docteur Valleix avait trouvés chez les nouveaux nés.

### § II. *Terminaison des pneumonies consécutives.*

Les pneumonies consécutives ont les mêmes modes de terminaison que les pneumonies primitives. D'après les résultats que j'ai donnés à l'anatomie pathologique, on pourrait peut-être supposer que la pneumonie qui survient dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, a moins de tendance à se terminer par suppuration, que celle qui affecte un sujet antérieurement bien portant; puisqu'on a vu que dans soixante-quinze cas de pneu-

(1) *Loc. cit.* p. 102.

monies consécutives trouvées à l'ouverture des cadavres, l'hépatisation grise n'a guère existé que chez un douzième. Si la suppuration des poumons est plus rare dans les pneumonies secondaires que dans celles qui sont primitives, ce n'est pas là pourtant une raison suffisante, pour supposer que la marche des premières est moins rapide ; mais comme je l'ai déjà dit, cette sorte d'arrêt, que semble éprouver la pneumonie, dépend généralement, de ce qu'elle se déclare souvent à une époque trop voisine de la mort ; d'autres fois, la pneumonie a une marche très lente par suite de conditions individuelles qu'il est difficile de déterminer, et c'est en général par ces deux circonstances, qu'il faut expliquer pourquoi la pneumonie secondaire arrive moins souvent à l'hépatisation grise que la pneumonie primitive. Cependant dans beaucoup de cas, les premières se terminent plus sûrement et plus rapidement par une infiltration purulente des poumons, ou même par des abcès qu'aucune autre forme de pneumonie primitive, sans même en excepter peut-être celle qui affecte les femmes dans l'état puerpéral. C'est ainsi que toutes les pneumonies que j'ai vues survenir dans le cours des résorptions purulentes, sont arrivées rapidement à l'état d'hépatisation grise, puisque cette altération a existé indistinctement chez tous ceux qui ont succombé du deuxième au sixième jour. Cette rapide terminaison par suppuration peut encore se remarquer dans d'autres circonstances ; on a même vu assez souvent le pus se réunir en foyer ; c'est ainsi que parmi les observations peu nombreuses d'abcès pulmonaires qui ont été publiées depuis quelques années, il en est cinq qui sont relatives à des pneumonies consécutives. Enfin, les pneumonies métastatiques, celles qui sont produites par le voisinage ou la rupture d'une collection purulente dans le tissu pulmonaire, se terminent toujours par la formation d'un abcès ou par une infiltration grise, très étendue du tissu pulmonaire.

La pneumonie qui est consécutive à la rupture d'un abcès dans le tissu des poumons, offre quelques particularités qu'il importe de connaître, tant sous le rapport du diagnostic, que du pronostic de la maladie. Je vais donc entrer à ce sujet dans quelques détails.

Lorsqu'un abcès développé en dehors du poumon, dans un des viscères du ventre, par exemple, tels que le foie, la rate ou

le rein gauche, vient à faire saillie dans la poitrine en refoulant le diaphragme, le poumon se trouve comprimé, et par suite de la gêne qu'il éprouve, on voit la respiration s'accélérer. En outre, la tumeur purulente s'étant déjà logée dans la poitrine, la percussion donnera un son obscur ou mat à la partie la plus inférieure de cette cavité, et le bruit respiratoire y sera aussi plus ou moins affaibli par suite de la compression que le tissu pulmonaire a subie. Lorsque le travail d'ulcération s'est propagé au poumon lui-même, l'auscultation fait alors entendre un râle sous-crépitant plus ou moins abondant, qui d'ailleurs peut échapper facilement, car la lésion siégeant ordinairement au centre du lobe inférieur, et étant d'abord assez circonscrite, les phénomènes stéthoscopiques sont eux-mêmes peu étendus, et sont masqués par l'expansion vésiculaire qui se fait dans les parties plus superficielles. Bientôt la matité devient plus complète, le râle sous-crépitant est plus nombreux, plus humide, plus gros, plus rapproché de l'oreille, et se transforme enfin peu à peu en un gargouillement véritable. Dans ces cas, il est évident qu'une excavation communique largement avec les bronches.

Les phénomènes stéthoscopiques dont je viens de parler en dernier lieu, précèdent de peu de temps, ou suivent immédiatement une expectoration purulente, dont l'abondance et la nature varient. Ainsi, dans le fait rapporté par le docteur Kunde, de Berlin, dans lequel un abcès hydatique du foie communiquait avec une vaste collection purulente, qui occupait presque tout le lobe inférieur du poumon droit, on vit le malade être pris un jour de hoquets, de lipothymie, d'accès de toux, d'efforts de vomissements, à la suite desquels il rendit par la bouche un flot d'un liquide ténu, verdâtre, très fétide, ressemblant en partie à de la levure de bière. D'autres fois les malades rendent un pus phlegmoneux, bien lié, comme dans un fait rapporté par Stockes. Si l'abcès pulmonaire est consécutif à un abcès rénal, le liquide rendu par la bouche est séreux, grisâtre, liquide, fétide; il peut avoir l'odeur de l'urine; le pus peut contenir les élémens de ce produit de sécrétion, lorsque le rein n'est pas complétement détruit, et que la fistule communique avec le bassinet. Dans le cas contraire, et surtout si l'abcès des reins est

enkysté, les élémens de l'urine et l'odeur caractérisque manqueront probablement tout à fait. Dans les jours qui suivent la première évacuation, la matière expectorée change probablement de nature ; d'après M. Lenepveu, elle deviendrait alors jaune, opaque, plus dense, et adhérerait aux parois du vase (1).

Quel que soit le siége primitif de l'abcès qui est venu se vider dans le poumon, presque toujours le pus s'échappe brusquement au-dehors, en quantité considérable. Cette évacuation s'accompagne en général d'une gêne extrême de la respiration ; le malade suffoque parce qu'un grand nombre de ramifications bronchiques sont obstruées par la matière purulente qui est expulsée par flot, et souvent par une sorte de vomissement, ce qui pourrait induire en erreur et faire croire que les matières évacuées viennent de l'estomac. Ces crises reviennent plus ou moins fréquemment, suivant l'étendue du foyer et la rapidité avec laquelle la matière purulente est sécrétée de nouveau.

Cette évacuation s'accompagne de divers autres phénomènes, variables surtout, d'après l'organe qui a été le siége de l'abcès primitif. Ainsi dans les cas où c'est une collection purulente du foie qui a produit un abcès consécutif du poumon, on voit l'hypocondre droit être moins tendu ; si une tumeur s'y dessinait auparavant, celle-ci s'est affaissée ou a même disparu. S'il y a au contraire une fistule réno-pulmonaire, et si l'abcès communique avec l'intérieur du bassinet, le pus s'étant frayé une nouvelle voie d'élimination, cesse de couler aussi abondamment par les urines que précédemment, circonstance qui peut aider souvent à éclairer le diagnostic de la maladie.

Lorsqu'il existe ainsi une large communication entre l'abcès primitif et l'abcès du poumon, et lorsque ce dernier s'ouvre dans des bronches volumineuses, la percussion et l'auscultation fourniront encore quelques résultats interessans. Ainsi, au niveau des excavations on entendra un gargouillement et un bruit caverneux plus ou moins âpre, parfois même une respiration amphorique et un tintément métallique, tandis que dans les parties voisines, existeront souvent un râle muqueux à grosses bulles, ou un râle sous-crépitant. La percussion donnera un son mat ; mais si la caverne est vide et superficielle-

(1) Thèse inaugurale. Paris 1840, p. 41.

ment placée, en percutant à son niveau, on obtiendra au contraire un son tout à fait tympanique.

On conçoit qu'avec les graves désordres qui existent à la fois dans deux organes importants, et surtout dans le poumon, la mort doive être presque inévitable : elle arrive en effet très rapidement par épuisement. Après avoir éprouvé un soulagement momentané, lorsque la collection purulente a été évacuée, les malades s'affaiblissent d'autant plus rapidement, qu'une diarrhée colliquative vient souvent se joindre aux autres symptômes.

En résumé, dans les abcès perforans du poumon, qui sont consécutifs à des collections purulentes développées dans le voisinage de la poitrine, il faut distinguer plusieurs périodes ; 1re on n'observe que les symptômes propres à la maladie primitive ; 2e l'abcès une fois formé et ayant fusé vers la poitrine, exerce une compression sur le poumon, et il en résulte déjà une gêne notable dans les fonctions de l'organe ; 3e le travail ulcératif se propage des parois de l'abcès au tissu pulmonaire, période que l'auscultation seule peut faire, sinon diagnostiquer, du moins soupçonner ; 4e l'abcès s'ouvre dans les bronches, il est évacué au dehors, et l'on constate alors tous les signes propres aux excavations pulmonaires.

Dans les considérations que je viens de présenter sur les abcès, qui extérieurs aux poumons, s'ouvrent ensuite dans cet organe, j'ai supposé que le pus ayant été mis en contact avec le tissu pulmonaire, l'avait enflammé, et que cette inflammation s'était elle-même très rapidement terminée par suppuration et par la formation d'un abcès, suite ordinaire des phlegmasies, qui sont produites par le contact de la matière purulente.

Ainsi lorsqu'un abcès extérieur pénètre un poumon avant de communiquer avec les bronches, il produira dans le viscère des altérations profondes, étendues, souvent plus graves que la maladie première et qui peuvent devenir la cause principale de la mort des sujets. Cependant les abcès dont je parle peuvent s'ouvrir dans les bronches par un autre mécanisme. Ainsi l'ulcération des parois du foyer purulent peut s'étendre peu à peu au tissu pulmonaire lui-même, mais au lieu d'y avoir comme plus haut, une vaste hépatisation, qui se termine rapidement par un abcès, et donne lieu à des symptômes graves, il n'y a ici qu'une altération circonscrite, qu'un travail d'ulcération, comparable à

celui qui use et détruit les tégumens qui sont en rapport avec une collection purulente qui fait effort pour s'échapper au dehors. Dans ces cas, on n'observe pas du côté des poumons les symptômes inflammatoires que nous avons vus précéder, pendant un temps plus ou moins long, l'évacuation de la matière purulente. L'auscultation et la percussion ne fournissent que des résultats négatifs, et c'est lorsque les organes respiratoires semblent être dans un état normal ou du moins peu grave, que les malades rejettent tout à coup une grande quantité de pus. J'ai observé il y a bientôt neuf ans un fait de ce genre.

Dans les fatales journées des 5 et 6 juin 1832, un homme âgé de 32 ans, reçut un coup de feu et fut apporté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Breschet, auquel j'étais alors attaché en qualité d'élève interne. Le projectile avait pénétré antérieurement dans l'hypocondre droit au niveau de la dixième côte et était sorti en arrière dans la région lombaire, à trois centimètres de la colonne vertébrale. D'après la direction oblique de dehors au dedans qu'avait le trajet de la blessure, il était à présumer que le foie avait été traversé ou labouré par la balle. Ces craintes étaient fondées, car les jours suivans, nous observâmes tous les symptômes d'une hépatite qui fut traitée énergiquement et vers le déclin de laquelle survint un catarrhe pulmonaire assez intense, qui céda au bout de sept à huit jours. Le malade paraissait rétabli, il mangeait la demi portion, lorsque le 15 juillet, c'est-à-dire quarante jours après sa blessure, il fut pris tout à coup d'une quinte de toux très violente, à la suite de laquelle il rendit par la bouche, un flot de pus phlegmoneux, inodore, dont la quantité fut évaluée à 4 ou 500 grammes. Ces quintes se renouvelèrent encore plusieurs fois dans les nuits suivantes et à chacune d'elles le malade rejetait du pus, dont la quantité allait toujours en diminuant. Dès le premier jour, la poitrine explorée avec soin, on reconnut une légère obscurité du son dans le quart ou le cinquième inférieur postérieur du côté droit du thorax, avec un affaiblissement du bruit respiratoire. Quelqu'un crut entendre un peu de gargouillement et une pectoriloquie douteuse dans la partie la plus inférieure; cependant ces phénomènes ne parurent pas évidens à chacun, le malade

n'éprouva aucune suite fâcheuse et sortit vingt jours après tout à fait bien portant.

Stockes a rapporté un fait qui a beaucoup de rapport avec le précédent. Un homme âgé de 28 ans, eut une hépatite très grave, les symptômes aigus s'étant amendés, le malade resta faible; il était tourmenté par une fièvre hectique, avec une toux sèche et continue lorsqu'il entra à l'hôpital. On le crut phthisique, cependant l'examen du thorax fait avec le plus grand soin, ne fit rien découvrir qui justifiât ces soupçons. Un jour, après une quinte de toux, ce malade rendit 1 kilogramme de pus phlegmoneux. La veille le côté gauche de la poitrine avait été ausculté et percuté, et on n'avait rien constaté de morbide; mais dès que le malade eut rendu la matière purulente, on trouva une matité dans une étendue correspondant au lobe inférieur du poumon, avec absence de bruit respiratoire, sans souffle ni résonnance; le côté n'était pas dilaté, il n'y avait aucun symptôme de pneumonie et de pleurésie. Pendant plusieurs jours le malade continua à expectorer du pus; dès le deuxième jour on entendit un peu de râle muqueux à la racine du poumon, on le perçut bientôt dans toute l'étendue de la matité, et fut bientôt suivi par le retour de la résonnance de la voix et du murmure respiratoire (1).

Cette observation a une grande valeur, à cause du soin avec equel l'auteur explora la poitrine. La faiblesse ou l'absence du bruit respiratoire, l'obscurité et la matité qui ont été trouvées chez mon malade et chez celui de Stockes immédiatement après l'expulsion du pus, s'explique par l'irruption brusque de la matière purulente dans le poumon, dont les tuyaux bronchiques ont été obstrués et remplis. Il n'y a pas d'autre manière pour se rendre compte du développement et de la cessation rapide des phénomènes morbides fournis par la percussion et par l'auscultation. On ne peut supposer non plus que dans ces cas il y ait eu une destruction un peu étendue du tissu pulmonaire. Les phénomènes négatifs fournis par la percussion et l'auscultation l'ont prouvé; il n'y avait non plus aucun trouble fonctionnel du côté de la poitrine, à l'exception pourtant d'une toux sèche et d'un peu de dyspnée qui était expliquée

(4) *Diseases of the chest*, p. 366.

par la compression que l'abcès du foie devait exercer sur la base du poumon.

La gangrène est une terminaison aussi rare des pneumonies secondaires qu'elle l'est des pneumonies primitives. Ce résultat doit paraître étrange ; il semblait en effet rationnel de supposer que lorsque l'organisme est affaibli, lorsque les forces sont prostrées, lorsque les liquides sont profondément altérés, une inflammation qui se développe accidentellement dans le poumon, dût se terminer rapidement par la mortification des parties. On pouvait d'autant mieux le supposer, que lorsque dans les conditions organiques dont je viens de parler, une inflammation simplement érysipélateuse ou pustuleuse de la peau se déclare, elle est promptement suivie de la désorganisation de cette membrane. Tout cela n'a pas lieu pour le poumon qui est certainement un des organes qui résiste le plus à la mortification; puisque dans ces maladies générales, dans lesquelles des foyers gangréneux se développent à la fois sur plusieurs points de l'économie, si une pneumonie intercurrente se développe dans des conditions aussi fâcheuses, on ne la voit pas passer à l'état gangréneux. On a dit aussi que dans les cas de pneumonie consécutive avec résorption purulente, la gangrène pulmonaire n'était pas très rare. Je ne crois pas que cette opinion soit suffisamment justifiée par quelques faits isolés qui ont été rapportés; d'ailleurs, les observations que j'ai recueillies moi-même jusqu'à présent, sont contraires à cette manière de voir.

En résumé, l'histoire des pneumonies primitives, comme celle des pneumonies secondaires, prouve combien Laënnec avait raison de considérer la gangrène pulmonaire comme une affection essentiellement distincte de la pneumonie par son mode d'origine.

On a pu se convaincre par ce qui précède, que les diverses complications de la pneumonie que je viens de passer en revue, ne modifient pas pour la plupart la physionomie propre de l'affection première. Le diagnostic et la marche de celle-ci restent à peu près les mêmes, et si le pronostic diffère quelquefois, on a pu juger déjà, qu'à part l'une des formes du délire, aucune des complications précédentes n'exige de changement bien notable dans la thérapeutique. Il n'en est pas de même de celles qui nous restent à étudier dans le chapitre suivant.

# CHAPITRE VIII.

## COMPLICATIONS DE LA PNEUMONIE.

Il n'est aucune affection aiguë qui ne puisse venir compliquer une pneumonie. Mon intention n'est pas de les énumérer toutes, je veux seulement, dans ce chapitre, étudier celles de ces complications qui sont les plus fréquentes, sur la production desquelles la pneumonie a la plus grande part, et qui peuvent souvent à leur tour modifier la marche et le mode de terminaison de la maladie principale. Je vais donc étudier les complications de la pneumonie par la pleurésie, par le catarrhe pulmonaire par quelques maladies du cœur et des gros vaisseaux, par l'ictère, les troubles cérébraux, et je terminerai par un mot sur les douleurs articulaires concomitantes de la pneumonie. J'étudierai en particulier ces divers accidens dans les pneumonies primitives et dans les pneumonies secondaires.

### § I. — *Complication avec la pleurésie.*

Du moment où la pneumonie, cessant d'être centrale, envahit la périphérie de l'organe, elle s'accompagne à peu près constamment de l'inflammation d'une partie plus ou moins étendue de la plèvre. Le plus souvent, comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, l'altération de la séreuse est exactement bornée aux parties hépatisées. Dans ces cas, une fausse membrane albumineuse mince tapisse la plèvre qui est contiguë à la pneumonie; il peut y avoir aussi quelques flocons libres dans la cavité séreuse, et une ou plusieurs cuillerées d'un liquide trouble ou séro-purulent, sans que cela constitue, à proprement parler, une complication. Il convient de réserver ce mot, aux cas seulement où l'épanchement pleurétique est assez considérable pour pouvoir être constaté par les signes physiques, et lorsqu'il vient apporter quelque modification dans les symptômes de la maladie principale. C'est alors seulement qu'il convient de donner à la

pneumonie le nom de *pleuro-pneumonie*, mot qui exprime en même temps la nature de la complication.

Sur 247 malades atteints de pneumonie, chez lesquels j'ai cherché à constater les complications survenues du côté de la plèvre, j'en ai trouvé 31 qui ont offert pendant la vie les signes évidents d'un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité de cette séreuse.

Près des 2/3 des individus qui ont présenté cette complication avaient de 18 à 30 ans; tous les autres avaient moins de 50 ans; 2 seulement avaient dépassé cet âge. Les hommes n'ont pas été atteints, en proportion beaucoup plus considérable que les femmes. L'épanchement a été observé aussi souvent dans la pneumonie droite que dans la pneumonie gauche. Si on se rappelle que celle-ci est beaucoup moins fréquente que la première, il semblerait naturel de supposer que la pneumonie gauche est proportionnellement une cause plus active d'épanchement pleurétique que celle du côté droit; toutefois, les faits qui précèdent ne sont pas encore assez nombreux pour justifier une pareille conclusion. Les 3/4 des pneumonies occupaient la base de l'un ou l'autre poumon; les autres siégeaient au 1/3 moyen de l'organe, et plus rarement dans le 1/3 supérieur. La douleur de côté n'a manqué chez aucun des malades, dont la pneumonie s'accompagnait de pleurésie; mais elle n'a pas été en général plus intense chez eux que chez les individus qui n'ont pas présenté cette complication au même degré.

L'épanchement pleurétique était médiocre ou considérable. On peut établir comme règle générale, que la quantité du liquide épanchée dans la plèvre, était en raison inverse de l'étendue de la pneumonie; et du degré auquel celle-ci était parvenue. Je n'ai observé à ce sujet qu'une seule exception; c'était dans un cas où tout le poumon droit étant envahi, les 2 lobes supérieurs étant frappés d'hépatisation rouge et grise, le lobe inférieur présentant de l'engouement inflammatoire et un commencement, du 2e degré, il existait néanmoins un épanchement de 4 à 500 grammes environ dans la plèvre. Dans les pneumonies qui occupent l'organe en totalité, ou dans sa plus grande étendue, surtout si la phlegmasie ayant d'abord envahi le centre de l'organe s'étend ensuite à la périphérie, l'épanchement est presque toujours peu considérable, et n'est, en général, for-

mé que par quelques fausses membranes. On conçoit, en effet, que le poumon, hépatisé et transformé en une masse dure et incompressible, s'oppose à ce qu'un épanchement se forme, ou du moins empêche qu'il devienne très abondant.

Quelle que soit la quantité du liquide épanché dans la poitrine, j'ai vu celui-ci occuper constamment la partie la plus déclive de cette cavité. Généralement on pouvait constater sa présence en arrière dans le 1/4 ou même le 1/3 inférieur. Chez le 1/4 des malades, l'épanchement pleurétique et la pneumonie existaient dans des points du thorax éloignés l'un de l'autre; ainsi la pneumonie envahissait le sommet ou la partie moyenne de l'organe, tandis que l'épanchement occupait la partie inférieure. Dans ces cas, les symptômes propres à chacune des 2 maladies se montraient dans leur étendue respective, et leur diagnostic ne présentait aucune difficulté. Mais le plus ordinairement, la pneumonie et l'épanchement pleurétique existant simultanément dans les mêmes points, c'est-à-dire à la base du thorax, alors les symptômes propres aux 2 affections se confondaient ou étaient plus ou moins modifiés les uns par les autres. Dans les points en effet où le liquide était épanché, le son était devenu complétement mat, l'auscultation faisait quelquefois entendre à ce niveau un souffle tubaire, mais dont l'intensité allait en diminuant au fur et à mesure qu'on se rapprochait davantage des parties inférieures. Chez les 4/5 des malades, l'auscultation de la respiration ne faisait percevoir aucune espèce de bruit morbide, tandis que si les malades parlaient, on distinguait, tantôt dans un point circonscrit, plus rarement sur toute l'étendue de la matité, de l'*égophonie*, ou bien ce retentissement particulier de la voix, qui est un mélange d'égophonie et de broncophonie, et que j'ai précédemment désigné sous le nom de *bronco-égophonie*. Comme on le voit, les phénomènes stéthoscopiques propres à la pneumonie peuvent être masqués ou même empêchés par l'épanchement pleurétique. Si celui-ci ne forme qu'une couche peu épaisse à la surface du poumon, on peut percevoir la crépitation; mais celle-ci est en général obscure; elle semble se passer profondément plus ou moins loin de l'oreille, et la percussion donne alors dans les points correspondants un son plus complétement mat que dans les cas d'engouement inflammatoire simple.

Chez plusieurs malades, les symptômes stéthoscopiques propres à la pneumonie, tels que la crépitation, la respiration sèche, rude, le bruit de taffetas, n'étaient perçus que pendant les secousses de la toux, ou dans la respiration profonde qui lui succédait; tandis que si l'épanchement venait à diminuer, la crépitation pouvait alors être entendue pendant les inspirations ordinaires. En général, c'est l'abondance de l'épanchement, c'est l'épaisseur trop considérable de la couche de liquide interposée entre le poumon et l'oreille, qui empêche, soit la production des râles, soit leur transmission au-dehors. Aussi il a suffi, dans plusieurs cas, de déplacer le liquide ou de l'étendre sur une plus grande surface, pour percevoir la crépitation et le souffle tubaire. C'est ainsi que chez 3 malades affectés de pleuro-pneumonie de la base d'un des poumons, le 1/4 inférieur du côté correspondant de la poitrine donnait un son complétement mat, et l'auscultation pratiquée dans le même point, ne faisait entendre ni le murmure respiratoire, ni aucun bruit morbide, lorsque les individus étaient assis à leur séant pendant l'exploration, car cette position avait pour effet d'amonceler tout le liquide dans la partie la plus inférieure; mais en faisant incliner les malades sur le côté sain, ou mieux encore, si les plaçant à quatre pattes, on faisait former au tronc un plan incliné, dont l'extrémité supérieure de la poitrine se trouvait être la partie la plus déclive, l'épanchement était alors déplacé, il se répandait sur une plus large surface, il comprimait beaucoup moins la partie du poumon qui était enflammée; aussi on percevait distinctement aux inspirations ordinaires de la crépitation, unie souvent à un souffle qui n'était, en général, perceptible que pendant l'expiration. Ces phénomènes cessaient dès qu'on faisait prendre de nouveau aux malades la position verticale.

Chez quatre individus dont deux furent observés avec M. le professeur Chomel, l'épanchement pleurétique survint, ou du moins augmenta beaucoup à l'époque de la résolution de la pneumonie. C'est ainsi que chez ces malades, à mesure que la fièvre diminuait ou disparaissait, lorsque les crachats cessaient d'être rouillés, lorsque la douleur de poitrine n'était plus sentie, les symptômes physiques semblaient, au contraire, indiquer une extension de la maladie ou son passage à un degré plus avancé.

La percussion donnait, en effet, une matité plus complète et plus étendue ; la crépitation avait cessé, et avait été remplacée dans un cas par la respiration bronchique et la broncophonie. Cependant, si on réfléchissait qu'une matité était survenue brusquement et sans aucune gradation, sur une grande surface à la fois, si, en outre, on comparait les phénomènes physiques aux symptômes généraux et aux autres symptômes locaux, il était impossible de supposer que la pneumonie eût passé au 2e ou au 3e degré ; car s'il en eût été ainsi, l'appareil fébrile fût devenu plus intense, la dyspnée plus considérable, la plupart des symptômes enfin se serait accrue dans la même proportion.

Les symptômes révélés par l'auscultation ont varié suivant la marche que la pneumonie et l'épanchement pleurétique ont suivie. Si ce dernier commençait à diminuer avant que la résolution de la pneumonie fût complète, la crépitation, l'expiration soufflante pouvaient être perçues distinctement, quelle que fût la position qu'on donnât aux malades. Si au contraire l'épanchement, restant stationnaire pendant quelque temps, ne diminuait que lorsque la résolution de la pneumonie était déjà plus ou moins complète, cette diminution était marquée par le retour du murmure respiratoire; mais celui-ci était très faible, et il pouvait s'écouler encore un ou plusieurs mois avant qu'il eût repris sa force, son ampleur et sa pureté normales.

Les pneumonies qui se sont compliquées d'un épanchement pleurétique un peu considérable, sont en effet celles dans lesquelles on voit persister le plus longtemps les phénomènes morbides d'auscultation et de percussion. La résolution de la pneumonie serait, d'après Laënnec, beaucoup plus lente sous l'influence d'un épanchement pleurétique que sans cette circonstance. Cet auteur dit en effet avoir trouvé quelquefois la carnification encore très marquée, quoique les signes de pneumonie eussent cessé depuis plus de 2 mois. Toutefois je ne puis fixer même approximativement, d'après mes propres observations, le temps qu'il faut à la nature pour rendre au poumon sa perméabilité et pour organiser les fausses membranes de la plèvre, car presque tous mes malades ont quitté l'hôpital, en présentant encore à l'auscultation et à la percussion, divers phénomènes morbides; et il est impossible alors, de déterminer

ce qui revient à la pneumonie, ou ce qui ne dépend que de la pleurésie. Quoi qu'il en soit, c'est, comme je l'ai dit déjà, dans les cas seulement où la pneumonie a été compliquée d'un épanchement pleurétique assez abondant, qu'on peut constater un rétrécissement consécutif de la poitrine.

Il n'est pas rare d'observer un bruit de frottement pendant le cours des pleuro-pneumonies. Je l'ai en effet constaté chez 11 malades, et il est probable que ce phénomène, qui est très inconstant dans son apparition, a dû m'échapper un grand nombre de fois. Le bruit du frottement n'a guère existé que dans les cas où l'épanchement avait été si peu considérable, que le plus souvent même il n'avait pas été diagnostiqué. Dans la moitié des cas, la pneumonie avait occupé le sommet de l'un ou l'autre poumon, mais quel qu'ait été le siége de la maladie, le bruit du frottement a constamment existé dans le 1/3 ou le 1/4 inférieur, ou moyen de la poitrine, le plus souvent en arrière, dans l'espace situé au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, plus rarement sur le côté, au niveau du 6e ou 7e espace intercostal. Il a siégé six fois dans le côté droit de la poitrine, et cinq fois dans le côté gauche. Chez un seul malade il se fit entendre pour la première fois pendant que la pneumonie était parvenue à la période la plus aiguë; chez tous les autres il ne fut perçu qu'au déclin de la maladie ou même pendant la convalescence.

Dans la moitié des cas, c'est-à-dire chez 5 (1), le côté de la poitrine où l'on entendait le bruit du frottement, n'était le siége d'aucune sensation pénible, tandis que les autres malades accusaient une douleur exactement dans les mêmes points où l'oreille faisait découvrir le frottement pleural. Cette douleur était assez incommode; parfois elle fut assez forte, elle n'a jamais eu pourtant une très grande intensité, comparable par exemple à celle de l'état aigu. Chez presque tous ces individus la douleur existait depuis le début de la maladie, elle s'était pourtant beaucoup calmée, avait même cessé complétement dans un cas, elle ne s'était réveillée ou accrue qu'à l'époque où le frottement pleural était survenu.

Ce bruit n'offrait ici rien de particulier; il était entendu le plus souvent, à la fin de l'inspiration ou de l'expiration; il mas-

(1) Dans un cas je n'ai pas noté qu'il y avait ou non la douleur.

quait plus ou moins le murmure vésiculaire, et la percussion du thorax à son niveau donnait un son plus ou moins obscur. Il faut pourtant excepter un malade qui, dans la convalescence d'une pneumonie du sommet, offrit un bruit de frottement à la base du thorax en arrière, sans que le bruit respiratoire fût affaibli et sans diminution de la sonorité. Dans ce cas, qui ne s'accompagna d'aucune douleur thoracique, il est probable que le bruit de frottement était produit par quelques fausses membranes rares et minces qui, étant tombées de la partie supérieure du poumon enflammé, étaient venues adhérer et s'organiser dans un point circonscrit de la base de l'organe.

Le bruit du frottement a présenté beaucoup de variations ; d'un moment à l'autre il était intense, léger, ou cessait même d'être perçu. Souvent on pouvait le faire naître ou cesser à volonté, d'après les positions qu'on donnait aux malades. Chez 3 il n'a existé, ou du moins il n'a été entendu que pendant quelques heures ; chez les autres il a persisté pendant 2, 3, 4 et 6 jours, et chez 2 malades il n'a même complétement disparu qu'au 12e et au 13e jour. La douleur de côté et le frottement ont cessé simultanément chez un seul malade ; chez un autre, le frottement a disparu avant la douleur enfin chez tous les autres la douleur a cessé, tandis que le frottement, quoique moins rude, persistait encore pendant un ou plusieurs jours.

L'épanchement pleurétique exerce-t-il quelque influence sur la pneumonie elle-même ?

Laënnec a avancé (1) que la compression exercée par le fluide épanché sur le tissu pulmonaire devait évidemment en modérer l'orgasme inflammatoire, et que c'était sans doute par cette raison, que dans ce cas, plus souvent que dans tout autre, l'inflammation restait bornée à quelques lobules sans s'étendre plus loin comme elle le fait ordinairement. Suivant le même auteur, la pneumonie développée dans ces conditions arriverait très rarement à la période de suppuration, sa résolution serait beaucoup plus lente que celle d'une pneumonie simple, et présenterait des caractères anatomiques tout à fait particuliers. Je crois qu'il faut établir ici une distinction importante. Il convient en effet, de ne pas confondre les pneumonies qui se développent en même temps qu'un épanchement pleurétique, et les

(1) *Auscult.*, t. II, p. 529. 4e. édition.

inflammations qui frappent un poumon comprimé depuis longtemps par un liquide accumulé dans les plèvres.

Dans la plupart des cas où la pneumonie et l'épanchement pleurétique se sont développés simultanément, je n'ai pas vu que l'inflammation du parenchyme pulmonaire fût sensiblement modifiée dans sa marche, sa durée, sa terminaison, ses caractères anatomiques, par le liquide et les fausses membranes qui étaient épanchés dans la plèvre. Ainsi, en consultant mes observations de pneumonie dans lesquelles la phlegmasie occupant le lobe inférieur, se compliquait d'un épanchement pleurétique qui comprimait la portion malade du poumon, j'ai trouvé que dans les deux tiers des cas, la pneumonie qui avait commencé par la partie la plus inférieure, s'était ensuite rapidement propagée à une grande surface, elle avait paru dans tous les cas dépasser le niveau de l'épanchement, et était parvenue partout au deuxième degré. Par conséquent, chez tous ces malades, il était évident que le liquide épanché dans la plèvre n'avait pas sensiblement modéré l'intensité de la phlegmasie pulmonaire, et avait été également impuissante pour borner l'inflammation dans les points des poumons qui étaient comprimés.

Chez un tiers des sujets, la pneumonie a été plus bénigne, et elle n'a pas paru dépasser les limites même de l'épanchement pleurétique. Cependant faut-il en conclure nécessairement que ce résultat favorable est dû à la compression par le fluide épanché, qu'on a regardé en effet comme pouvant exercer sur un poumon enflammé la même influence qu'aurait sur un membre frappé d'érysipèle ou de brûlure au premier degré, l'application d'un bandage roulé. Rien dans le cas présent ne saurait justifier cette supposition. Il est, en effet, tout aussi rationnel de croire que la pneumonie a été bénigne dans ces derniers cas, à cause d'une disposition particulière des individus; il est même possible que l'épanchement n'ait été aussi considérable que parce que la pneumonie étant peu étendue en surface et en profondeur, le poumon n'a pas formé comme dans les pneumonies qui envahissent tout un lobe, un plan solide et résistant qui se serait opposé à ce qu'un épanchement considérable fût produit.

Ainsi dans les pleuro-pneumonies, l'épanchement pleural ne paraît ni modérer, ni circonscrire l'inflammation pulmonaire.

Il ne doit pas par conséquent modifier le pronostic. L'analyse et la comparaison des faits m'ont prouvé également que l'épanchement pleurétique n'exerçait aucune influence notable sur la durée de la période aiguë de la pneumonie ; c'est-à-dire que le mouvement fébrile, l'oppression, les crachats caractéristiques n'avaient pas une durée moins longue dans la pleuro-pneumonie que dans la pneumonie simple. La convalescence commençait à peu près à la même époque dans l'un et l'autre cas ; mais comme je l'ai déjà dit, les phénomènes morbides fournis par l'auscultation et la percussion étaient beaucoup plus durables dans la pleuro-pneumonie que dans la pneumonie sans épanchement.

J'ai vu en effet quelques-uns de ces symptômes persister pendant six semaines ou deux mois ; ils ont rarement cessé avant le vingtième jour et la plupart des malades ont quitté l'hôpital avant que la poitrine fût revenue à son état physiologique. A cette époque le son était encore plus ou moins obscur, l'expansion vésiculaire nulle ou incomplète ; souvent on entendait une crépitation humide et grasse dans les respirations ordinaires ou pendant la toux seulement. Enfin chez deux malades la respiration était encore bronchique au trentième jour. En général, passé le trente-sixième jour, il était rare d'observer encore des phénomènes stéthoscopiques, indiquant la persistance de l'engouement pulmonaire, tandis que les signes d'épanchement persistaient encore pendant un temps plus ou moins long et étaient toujours les derniers à disparaître.

L'existence d'un épanchement dans la plèvre qui se développe en même temps qu'une pneumonie, ne modifie nullement les caractères anatomiques de l'inflammation pulmonaire. Ayant fait l'autopsie de deux individus, qui succombèrent rapidement à une pneumonie compliquée d'un épanchement pleurétique assez considérable (3 à 400 grammes environ), j'ai trouvé que le lobe inférieur qui avait été en contact avec le liquide, avait présenté les caractères anatomiques ordinaires de l'engouement inflammatoire, de l'hépatisation rouge et grise. On sait qu'il n'en est plus de même, lorsque la pneumonie vient à affecter un poumon comprimé depuis longtemps par un épanchement pleurétique et déjà peu perméable à l'air. Dans un cas de ce genre que j'ai eu occasion d'observer et dans lequel la mort survint

avec une grande rapidité, j'ai déjà dit que le poumon présentait en effet cette altération, que j'ai précédemment décrite sous le nom de *carnification*.

### § II. *Complication avec un pneumo-thorax.*

Plusieurs médecins anglais ont avancé qu'une exhalation de gaz pouvait se faire à la surface de la plèvre dans le cours des pneumonies. Le docteur Graves est le premier qui ait signalé ce fait, dont il a publié une observation dans l'année 1835. Cet auteur rapporte que le quatrième jour d'une pneumonie, et lorsque l'hépatisation s'était déjà déclarée, la partie antérieure et supérieure du côté affecté, donnait à la percussion un son plus clair que de coutume, tandis que le murmure respiratoire avait cessé d'être perçu dans le même point. Seize heures après, la région de la poitrine qui avait fourni ces résultats, donnait un son très obscur, et on y entendait le murmure faible de la respiration mêlée à un peu de crépitation. Le docteur Graves a également cité l'observation d'un enfant atteint de pneumonie, chez lequel le cœur était refoulé à droite sans qu'il existât aucun indice d'épanchement dans la poitrine; la percussion pratiquée sur le cœur, faisait au contraire entendre un son tympanique, comme si du gaz, ayant été exhalé dans la plèvre ou le péricarde, était la cause du déplacement de l'organe. Le petit malade guérit, et le cœur reprit sa place plusieurs jours avant la résolution de la pneumonie.

Dans son mémoire sur la pneumonie typhoïde (1), le docteur Hudson a rapporté quatre cas comme des exemples d'exhalation gazeuse dans la plèvre, survenue dans le cours d'une pneumonie aiguë. Mais ces faits paraissent avoir été mal observés. Ainsi W. Stockes, qui a examiné deux des malades de M. Hudson, dit que ce médecin a pris pour un signe de pneumo-thorax dans un cas, le son tympanique produit par l'estomac distendu par des gaz; dans l'autre, il a méconnu le phénomène qu'on connaît sous le nom de *bruit de pot fêlé* (2). Les deux autres faits observés par M. Hudson, étant semblables à ceux que je

(1) *Dublin, journ. med., science*, t. VII.
(2) *Loc. cit.*, p. 353.

viens de citer, ne peuvent mériter, comme ces derniers, aucune espèce de confiance.

Enfin Stockes dit avoir observé lui-même une seule fois le phénomène noté par Graves. Ce médecin rapporte qu'une femme depuis longtemps adonnée à l'usage des liqueurs alcooliques, fut affectée d'une pneumonie typhoïde grave, dans laquelle le poumon arriva rapidement à l'hépatisation. Vers le huitième ou neuvième jour de la maladie, la partie antérieure et supérieure du côté gauche de la poitrine, où les jours précédens il y avait une matité complète, donnait alors un son tympanique; ce bruit s'étendait de la région cardiaque à la clavicule. Immédiatement au-dessous de cet os, on entendait un léger murmure vésiculaire, tandis que vers la troisième côte on percevait un bruit de frottement. Le son tympanique fut ensuite observé à la partie postérieure supérieure de la poitrine; mais le lendemain tout avait cessé, la matité était revenue et on cessait d'entendre le murmure de la respiration. La malade se rétablit après une longue convalescence, la maladie dura cinq mois et s'accompagna d'une fièvre hectique.

Quelque confiance que nous inspire le talent observateur de M. Stockes, je ne puis cependant accepter l'observation que je viens de rapporter comme étant un exemple de pneumo-thorax simple; en effet, la longueur de la maladie, les symptômes de fièvre hectique, qui ont eu lieu, doivent faire admettre qu'indépendamment de la pneumonie, il y a eu quelque autre altération grave des poumons, qui aura probablement produit un pneumo-thorax.

En résumé, parmi les faits que l'on cite comme étant des exemples de pneumo-thorax, survenu dans le cours d'une pneumonie, il faut écarter ceux rapportés par MM. Hudson et Stockes; les deux observations publiées par Graves, et la première surtout, méritent plus de confiance; mais elles ne sont pas cependant encore assez concluantes, car il aurait fallu que l'autopsie des sujets vînt démontrer que l'épanchement d'air dans la plèvre n'avait pas été le résultat de quelque solution de continuité des poumons. En effet, le pneumo-thorax sans perforation du parenchyme pulmonaire, est un fait tellement rare, tellement exceptionnel, que je n'en connais encore aucun exemple parfaitement authentique; car chez tous on

pouvait craindre, qu'un petit tubercule ramolli n'eût ulcéré la plèvre, ou que celle-ci ne se fût déchirée au niveau d'une vésicule frappée d'emphysème.

§ III. *Complication avec la bronchite.*

Le catarrhe pulmonaire complique fréquemment la pneumonie. Nous avons vu plus haut que chez un quart des malades environ, l'inflammation des poumons était précédée par une bronchite plus ou moins intense ; cependant il arrive que dans la plupart de ces cas, les symptômes physiques de la maladie des bronches sont nuls, à peine marqués, et sont remplacés ou masqués par les phénomènes stéthoscopiques, propres à la pneumonie. Je n'ai pas non plus à m'occuper ici des pneumonies qui, en se résolvant, semblent se transformer en catarrhe pulmonaire, qui persiste ensuite pendant un temps plus ou moins long. Je ne dois parler actuellement que des pneumonies qui, dès leur début ou pendant qu'elles sont dans toute leur intensité, se compliquent d'une bronchite appréciable par les phénomènes d'auscultation.

Sur 240 malades chez lesquels les symptômes stéthoscopiques ont été notés avec beaucoup de soin, il y en a 58, c'est-à-dire le quart environ, qui ont présenté des râles muqueux et plus souvent encore des râles sibilant et ronflant. Il est probable même que le chiffre précédent n'indique pas la véritable proportion dans laquelle la bronchite complique la pneumonie ; car tous les râles qui caractérisent la première de ces affections et surtout les râles secs sont essentiellement inconstans ; fréquemment on les entend un instant, puis ils cessent pour reparaître encore bientôt après, et cela d'une manière irrégulière, de telle sorte que plusieurs fois il a pu m'arriver d'ausculter les malades à une époque où ces râles avaient disparu momentanément.

Le catarrhe pulmonaire s'est montré comme complication de la pneumonie sept fois plus souvent chez l'homme que chez la femme ; il a été proportionnellement plus fréquent de 20 à 30 et de 60 à 75 ans que dans les autres périodes de la vie. On sait aussi que chez la plupart des enfans, de 2 à 5 ans surtout, la pneumonie s'accompagne de catarrhe; mais le plus souvent

alors l'inflammation des bronches a précédé d'un temps plus ou moins long celle du parenchyme pulmonaire lui-même. Les mois de mars et de décembre sont ceux qui ont présenté le plus grand nombre d'exemples de la complication catarrhale. Dans la moitié des cas, la bronchite avait précédé la pneumonie.

Sauf quelques rares exceptions, dans lesquelles la bronchite paraissait limitée au côté de la po itrine qui était le siége de la pneumonie, on peut dire que chez presque tous les malades, l'inflammation des bronches occupait à la fois les deux poumons. Dans la moitié des cas, les râles sibilant et ronflant étaient également forts, également bruyans des deux côtés; chez l'autre moitié ces mêmes râles prédominaient dans le poumon qui était le siége de la pneumonie.

Les râles variaient en intensité et en étendue; ils étaient tantôt légers et disséminés çà et là dans la poitrine; mais chez près du tiers des malades, ils étaient remarquables par leur intensité; ils occupaient tous les points de la poitrine et masquaient souvent alors les phénomènes stéthoscopiques propres à la pneumonie. Ce n'est qu'en répétant l'auscultation de diverses manières et à plusieurs reprises, en faisant faire aux malades des inspirations plus ou moins profondes, en auscultant tour à tour la respiration et la toux, qu'on parvenait à saisir au milieu des bruits divers dont la poitrine était le siége, un râle crépitant, une respiration sèche ou soufflante. La percussion pratiquée en même temps au niveau des parties qui présentaient ces phénomènes stéthoscopiques, donne de la matité, ou du moins un défaut d'élasticité qui indique que le poumon est induré dans ce point. Chez trois malades, quelque soin que j'aie mis à explorer le thorax, et ayant répété plusieurs jours de suite cet examen, je n'ai jamais pu déterminer le siége de la pneumonie, dont l'existence était pourtant révélée par des crachats caractéristiques; il faut admettre que dans ces cas la pneumonie était centrale, ou que, disséminée sur plusieurs points à la fois, elle présentait la forme lobulaire.

Lorsque la bronchite, qui complique la pneumonie, est très étendue, elle imprime quelques modifications aux autres phénomènes de la maladie; ainsi les crachats sont généralement plus abondans; ils sont muqueux pour la plupart, mais dans la masse on reconnaît toujours quelques portions plus visqueuses,

et offrant en outre une couleur rouillée, jaune ou verte. La toux est également plus fréquente ou du moins a lieu plus souvent par quintes, comme dans le catarrhe ordinaire. La douleur de côté n'a manqué chez aucun des malades, et chez plus du tiers d'entre eux, elle s'accompagnait en outre d'une douleur sternale, d'une chaleur et d'une gêne dans cette partie; phénomènes qui dépendaient uniquement de la complication catarrhale.

### § IV. *Complications du côté des organes circulatoires.*

M. Bouillaud a beaucoup insisté dans ces derniers temps sur la fréquence des complications qu'on observe du côté du cœur et des gros vaisseaux, dans le cours des pneumonies graves. Ce professeur cite la péricardite, l'endocardite et l'aortite, et surtout les concrétions sanguines dans les cavités du cœur, comme coïncidant fréquemment avec une pleuro-pneumonie (1). M. le docteur Legroux (2) a également avancé, que si l'on examine avec soin l'état du cœur dans les maladies, on trouve que la pneumonie est une de celles qui se complique le plus souvent d'inflammations cardiaques. Cette question étant du plus haut intérêt, j'ai dû l'étudier avec le plus grand soin. J'ai été forcé d'éliminer un grand nombre d'observations comme nulles ou incomplètes, parce que dans les unes, l'état du cœur n'avait pas été indiqué, et dans les autres, n'en ayant parlé qu'une ou deux fois, plusieurs complications, peu graves sans doute, avaient pu ainsi m'échapper. Mes conclusions ne porteront donc que sur 58 observations, dans lesquelles l'état du cœur a été soigneusement décrit au moins une fois par jour, pendant toute la durée de la maladie.

Parmi ces 58 malades, il en est 12 qui ont présenté divers phénomènes morbides vers le péricarde ou le cœur. Cette proportion, quoique déjà considérable, est bien inférieure à celle que M. Bouillaud a trouvée, puisque sur les 26 cas de pneumonie consignés dans sa clinique, ce professeur aurait observé

(1) *Clin. méd. de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 157.
(2) *L'Expérience*, t. I, p. 212.

10 exemples de complication phlegmasique du côté de l'aorte et du cœur.

1° *Maladies du péricarde et du cœur.* Parmi les 12 malades soumis à mon examen, et qui m'ont présenté quelque complication cardiaque, je n'ai jamais observé pendant la vie aucun symptôme, ni après la mort aucune lésion anatomique, qui caractérisât l'existence d'une endocardite; mais j'ai trouvé parmi eux trois exemples de péricardite, et deux fois la maladie s'est terminée par la mort. Deux des malades qui ont offert une péricardite comme complication, étaient affectés de pneumonie droite; chez le troisième, la pneumonie siégeait au sommet du poumon gauche. Ces faits sont sans contredit trop peu nombreux pour pouvoir en tirer actuellement aucune conclusion rigoureuse. Je dirai cependant qu'ils ne prouvent pas en faveur d'une proposition de M. Bouillaud (1), d'après laquelle la péricardite et l'endocardite coïncideraient, dans le plus grand nombre des cas, avec la pneumonie gauche plutôt qu'avec la pneumonie droite. Les deux faits de péricardite recueillis par M. Bouillaud sur les 26 observations consignées dans sa clinique, sont, il est vrai, survenus dans le cours d'une pneumonie gauche; mais ces faits sont encore insuffisans pour émettre une proposition générale, et il est également impossible de dire si ces complications ont eu lieu par la propagation ou l'irradiation de l'inflammation du poumon gauche aux parties voisines, ou bien si elles sont survenues suivant un autre mécanisme.

Chez 8 malades (les trois affectés de péricardite non compris) j'ai constaté une modification dans le timbre des battemens du cœur. Ainsi deux fois ils étaient devenus bruyans, éclatans et semblables au bruit auriculo-métallique; chez tous les autres au contraire, ils étaient voilés, étouffés, obscurs, sans pourtant qu'ils parussent se passer plus profondément que d'habitude. Chez un malade, le deuxième bruit était seul altéré dans son timbre; mais chez tous les autres, les deux bruits de cœur étaient à la fois modifiés et ils l'étaient à peu près au même degré. Ces phénomènes d'auscultation s'accompagnèrent dans la moitié des cas, d'une augmentation d'impulsion; le volume me parut être

(1) *Clin.*, t. II, p. 157.

un peu accru chez deux ; mais je n'ai jamais constaté de palpitations ni aucune douleur à la région précordiale. Enfin, chez un malade chez lequel on avait largement employé le traitement antiphlogistique, il y eut dans les deux jours qui précédèrent la mort, un bruit de souffle au premier temps, vers le bord gauche du sternum, à 6 centimètres du mamelon. L'ouverture du cadavre qui fut faite avec le plus grand soin, ne fit découvrir, ni dans le cœur, ni dans le péricarde, ni ailleurs, aucune lésion à laquelle on peut rapporter le bruit morbide qui avait été constaté dans les deux derniers jours de l'existence.

Quant aux bruits sourds, obscurs, voilés, enroués, à quelle altération du cœur devons-nous les rapporter? M. Bouillaud pense qu'il faut les rattacher à l'existence de caillots qui se forment dans les cavités du cœur, et qui, adhérant aux valvules, empêchent celles-ci de fonctionner d'une manière convenable. J'ai observé un cas tout à fait favorable à l'opinion de M. Bouillaud. Le malade en effet, qui succomba aux progrès de la pneumonie, après avoir eu les deux bruits du cœur extrêmement sourds et voilés, me présenta à l'autopsie des caillots denses et fibrineux, élastiques, remplissant toutes les cavités du cœur, entortillés autour des colonnes charnues et des valvules, se prolongeant dans les gros vaisseaux ; plusieurs adhéraient assez fortement aux parois des oreillettes ou des ventricules, sans pourtant qu'on pût découvrir aucune modification de couleur, de consistance ou d'épaisseur dans l'endocarde. Les faits invoqués par M. Bouillaud en faveur de son opinion sont au nombre de douze, et ils m'ont paru assez concluans, car chez tous, en effet, on voit que les bruits morbides du cœur ont coïncidé avec la formation de caillots fibrineux dans les cavités de cet organe (1).

On a dit aussi que la présence des caillots dans le cœur donnait lieu à quelques phénomènes du côté du pouls. Sur 10 malades chez lesquels l'état du pouls a été suffisamment étudié, M. Bouillaud en a noté trois, chez lesquels les bruits obscurs et étouffés du cœur étaient le seul symptôme des concrétions sanguines, tandis que les 7 autres malades, présentèrent en même temps qu'une altération dans le timbre des bruits du cœur, un pouls petit et parfois filiforme (six fois), ou un pouls

(1) *L'Expérience*, t. III, p. 337, — *Traité clinique des mal. du cœur*, 2e édit., Paris, 1840, t. II, p. 710.

irrégulier et intermittent (une fois). On voit que M. Bouillaud, d'accord avec la plupart des anciens médecins qui ont parlé des concrétions fibrineuses du cœur, place l'intermittence ou l'inégalité du pouls au nombre des symptômes les plus constans qu'ils déterminent. Morgagni, cependant, avait déjà élevé quelques doutes sur la valeur de ce signe (1), et je crois que c'était avec raison. Ainsi, en consultant les faits que j'ai recueillis, je trouve que les caractères du pouls, signalés par M. Bouillaud, n'ont été observés chez aucun des malades qui, dans le cours de leur pneumonie, présentaient une modification dans le timbre des battemens du cœur; j'ai rencontré six fois un pouls intermittent chez des sujets atteints de pneumonie dans la période aiguë, et plus souvent encore dans la convalescence, sans que l'auscultation me fît rien découvrir d'anormal dans le péricarde ou le cœur. Je ne parle pas ici de l'irrégularité ni de la petitesse du pouls, qu'on observe pendant l'agonie, et qui dépend, du moins dans la plupart des cas, de tout autre cause que de caillots organisés dans le cœur, ou aux orifices des gros vaisseaux.

En résumé, les phénomènes morbides fournis par l'auscultation et par le pouls ne peuvent que nous donner des présomptions sur l'existence de caillots fibrineux dans le cœur. Je crois que l'avertissement que Fantoni (2) donnait aux médecins de son temps, que Morgagni (3) a répété après lui, est encore vrai. « Il faut, disent-ils, prendre garde de porter un jugement téméraire sur les polypes du cœur d'après les lésions du pouls, et l'on peut ajouter aussi d'après les phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion. Certes, beaucoup de personnes y ont été trompées; que l'ouverture des cadavres nous rende donc plus prudens. »

2° *Maladies de l'aorte.* Quelques faits épars dans la science prouvent que la pneumonie a été compliquée plusieurs fois de diverses altérations de l'aorte. On a dit depuis longtemps que, dans les violentes inflammations de poitrine, la phlegmasie pouvait se propager jusqu'à l'aorte, et affecter surtout sa mem-

(1) 24e *lettre du pouls contre nature.*

(2) *In Schl. ad patr. obs. med. anat.* 17.

(3) 24e *lettre*, § 32.

brane interne. Portal a cité (1) en effet l'histoire d'un jeune homme qui, étant mort dans le cours d'une rougeole, après avoir présenté une violente suffocation, on trouva à l'autopsie les poumons rouges, indurés; l'aorte, dans presque toute son étendue, était également rouge; ses parois étaient gonflées, molles, surtout dans la région thoracique, près du diaphragme, où elles étaient couvertes de vaisseaux variqueux; enfin la membrane interne était gonflée et ramollie. Hodgson paraît aussi avoir observé deux fois l'inflammation du même vaisseau, développée dans le cours d'une pneumonie aiguë. Cet auteur a rapporté, en effet, dans son excellent ouvrage (2), l'observation d'un homme qui, ayant succombé en quelques jours à une violente péripneumonie, on trouva l'aorte d'un rouge foncé, et présentant à sa face interne un épanchement lymphatique considérable; cette concrétion adhérait d'une manière intime à la membrane interne, et arrivait jusqu'à la sous-clavière qu'elle oblitérait complétement.

M. Bouillaud dit également avoir observé et diagnostiqué une inflammation de l'aorte sous-sternale survenue chez un malade qui succomba avec une pneumonie gauche. M. Bouillaud décrit ainsi (3) l'état que présentait l'aorte à l'autopsie. « La partie supérieure de l'aorte, là où ce vaisseau est en contact avec le poumon enflammé, offre extérieurement une belle rougeur, qui contraste avec la couleur de ses autres portions. Né dans l'aorte thoracique descendante, un caillot parcourt tout le trajet de l'aorte ascendante, s'épaississant et s'organisant de plus en plus, à mesure qu'on s'approche de la crosse aortique, où il est élastique, glutineux, d'un blanc parfait, du volume du petit doigt, assez semblable pour la forme et la couleur au cordon de la moelle épinière dépouillé de ses enveloppes. Il est adhérent aux parois dont on ne le détache que par une assez forte traction ; il s'élargit considérablement et s'épanouit en quelque sorte en pénétrant dans le ventricule gauche, qu'il remplit aux trois quarts, laissant seulement vers la région externe de ce ventricule un assez étroit passage au sang. La membrane interne de la crosse de l'aorte présente une teinte *rosée* uniforme, la-

(1) *Anat. Med.*, Paris 1804, t. III, p. 127.

(2) *Mal. des artères*, trad. de l'anglais par G. Breschet, t. I, obs. Ire, p. 5,

(3) *Clin.*, t. II, obs. 2e, p. 10.

quelle, sur les valvules aortiques, sechange en une vive rougeur qui ne s'efface pas par le lavage. »

Les personnes familiarisées avec les recherches d'anatomie pathologique, les médecins qui connaissent les travaux de MM. Rigot et Trousseau (1), ceux de MM. Louis (2) et Andral (3), et les belles recherches de M. Bizot (4) n'auront pu reconnaître dans le fait cité par M. Bouillaud, un exemple d'aortite. Il est bien convenu aujourd'hui que la coloration rouge, et à plus forte raison la couleur rosée de la face interne des artères, n'a aucune valeur lorsqu'elle existe seule; elle ne doit être regardée comme une lésion phlegmasique que dans les cas où elle s'accompagne d'une exsudation albumineuse à sa surface, ou d'un changement dans son épaisseur et sa consistance. La couleur rouge de la tunique celluleuse n'est également d'aucune valeur; on sait en effet, et l'expérience de tous les jours le prouve, que la phlegmasie des organes qui entourent un vaisseau peut produire dans celui-ci des colorations diverses. Les tissus contenant en effet une plus grande quantité de sang, les vaisseaux qui les avoisinent ou les traversent sont alors plus exposés à l'imbibition. Ainsi, dans le fait cité par M. Bouillaud, je ne vois aucun indice d'artérite, mais seulement un exemple fort curieux, fort remarquable de concrétions fibrineuses organisées pendant la vie, et que ce professeur a diagnostiqué avec beaucoup de bonheur.

Ce caillot s'est probablement organisé sous l'influence de la même cause, qui préside ordinairement à la formation des caillots glutineux, élastiques, adhérens, que nous avons vus se former assez souvent dans les cavités du cœur. Il semble également résulter d'une observation très curieuse, publiée par M. Dalmas, et communiquée à l'Académie royale de Médecine, que la compression exercée par un poumon enflammé sur l'aorte, peut favoriser la formation d'un caillot dans la portion correspondante de ce vaisseau. Voici le fait rapporté par

(1) *Archiv. génér. de méd.* t. XII, p. 169, 533, t. XIII, p. 461, t. XIV p. 321.

(2) *Recher. sur la fièv. typh.*, 2e édit., Paris, 1841. t. I, p. 297.

(3) *Clin.*, t. I, p. 549, 4e édit.

(4) *Mém. de la société méd. d'observ.*, p. 265.

M. Dalmas (1). Une vieille femme de l'hospice de la Salpétrière mourut avec un commencement de gangrène sénile. A l'autopsie on trouva une oblitération avec épaississement et friabilité des artères du membre malade ; en outre, à la partie supérieure de la portion descendante de l'aorte, au niveau du point où s'insère le canal artériel, on trouva un caillot long de six centimètres remplissant tout le calibre du vaisseau et y adhérant assez fortement. Ces adhérences, interrompues en dehors et en arrière, point où il existait un passage libre pour le sang, n'offraient aucune trace d'organisation. Le péricarde était rempli d'une quantité considérable de sérosité albumineuse, la plèvre gauche était aussi le siége d'un énorme épanchement. Le lobe supérieur de ce poumon infiltré de pus, avait acquis une densité extrême ; et un volume au moins égal à celui des deux poings : il remplissait tout le sommet de la poitrine, déjà si pleine, et devait nécessairement comprimer tout ce qui l'avoisinait. Or l'aorte, après son passage de droite à gauche, pour descendre le long des vertèbres dorsales, devait trouver dans la résistance et la densité du tissu pulmonaire un grand obstacle à sa dilatation et cela d'autant que le poumon était refoulé en haut par le double épanchement qui existait. La circulation devait donc y être très difficile ; de là la formation d'un caillot. Il n'y avait aucun vestige d'artérite. Je pense avec M. Dalmas, que la formation du caillot dépendait d'une cause tout à fait mécanique; il faut pourtant tenir compte aussi de la plasticité et de l'état inflammatoire du sang qui rendait ce fluide plus facilement concrescible. Si la malade eût vécu, il est probable que le caillot eût produit une oblitération ou un rétrécissement considérable de l'aorte thoracique.

Le diagnostic d'une complication du côté de l'aorte est extrêmement difficile. Dans le fait rapporté par M. Bouillaud, ce professeur annonça la formation d'un caillot dans l'aorte, d'après l'existence d'un bruit de souffle très fort, qui existait sur le trajet de ce vaisseau, c'est-à-dire vers le bord gauche du sternum en haut et en dedans du sein, et se propageant jusque vers la clavicule. Dans des cas pareils, il faut être bien certain qu'antérieurement à la pneumonie, il n'existait aucune maladie organique de cœur ou de l'aorte.

(1) *L'Expérience*, t. I, n° 31, p. 493.

### § V. *Complications du côté des organes biliaires.*

1° *Ictère.* L'ictère est la seule complication que j'ai vue survenir du côté de l'appareil biliaire. Je l'ai observé 20 fois sur 277 malades, chez lesquels je l'ai recherché avec soin. Si l'on excepte le typhus d'Amérique dans lequel l'ictère forme un des élémens essentiels de la maladie, il n'est aucune autre affection aiguë, dans laquelle on observe aussi souvent que dans la pneumonie, la couleur jaune ictérique de la sclérotique et de la peau (1).

L'ictère a existé presque toujours chez les sujets ayant moins de 50 ans ; il a été proportionnellement quatre fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Je l'ai vu survenir spécialement pendant le printemps et l'été ; ainsi, plus des deux tiers des malades dont la pneumonie se compliqua d'ictère, furent observés pendant les mois de mai, de juin, et surtout en mars et en avril. D'ailleurs l'ictère s'est toujours montré d'une manière sporadique.

Tous les observateurs sont unanimes pour reconnaître que la complication dont je parle survenait plus souvent dans le cours des pneumonies droites que dans celui des pneumonies gauches ; on a noté également que l'ictère était plus fréquent lorsque l'inflammation occupait le lobe inférieur, que lorsqu'elle siégeait au sommet de l'organe. Si je consulte les faits que j'ai observés, voici ce qu'ils m'apprennent. Parmi les vingt pneumoniques qui ont été affectés d'ictère, il y en a 16 chez lesquels l'inflammation affectait le poumon droit, et chez quatre seulement, elle siégeait à gauche. Il ne faudrait pas pourtant conclure de là que l'ictère est quatre fois plus fréquent dans les pneumonies droites que dans les pneumonies gauches ; car il faut ici tenir compte du nombre naturellement plus considérable des premières.

Si nous étudions maintenant l'influence comparative qu'exerce

(1) Je veux parler seulement des fièvres éruptives, typhoïdes, intermittentes, puerpérales, des angines simples, de l'érysipèle de la face, de la pleurésie, de la bronchite, des affections cérébrales et utérines et des rhumatismes articulaires.

dans la production de l'ictère la pneumonie de la base et du sommet des poumons, je trouve que dans les seize cas de pneumonie droite qui se compliquèrent d'ictère; la phlegmasie occupait exactement dans la même proportion le lobe supérieur et le lobe inférieur. Il en fut de même pour les quatre malades chez lesquels l'ictère coïncidait avec une pneumonie gauche. En conclurons-nous que le siége de la pneumonie au sommet où à la base de l'organe est sans influence sur la production de l'ictère. Je crois que les faits que je viens d'analyser sont trop peu nombreux pour pouvoir encore émettre sur ce point aucune proposition générale.

Il a été impossible chez la plupart des malades, de déterminer avec rigueur l'époque précise où l'ictère a commencé à paraître. Cependant je crois pouvoir affirmer que dans aucun cas, ce symptôme n'a précédé la pneumonie ou même n'a débuté aveccelle-ci. Chez douze malades, la couleur jaune des sclérotiques et de la peau a pu être constatée de la fin du premier jour au quatrième ; chez les autres, l'ictère n'a pu se déclarer que du cinquième au huitième ou neuvième jour. La couleur jaune commençait à être visible aux sclérotiques ; elle s'étendait bientôt à la face, au cou et au tronc, parties qu'elle occupait exclusivement dans la plupart des cas. Ce n'est en effet, que chez un tiers des malades qu'elle devint générale ; et elle était alors le plus souvent en raison directe de l'étendue et de la gravité de la pneumonie. L'ictère ne présente jamais une teinte bien foncée.

Chez les six septièmes des malades, l'ictère était le seul symptôme qui indiquait un trouble du côté de l'appareil biliaire ; ce ne fut guère que chez un septième des sujets, qu'indépendamment de la couleur jaune de la peau, on observait encore des vomissemens, des nausées, de l'amertume à la bouche, et cette série de symptômes propres aux pneumonies bilieuses. L'ictère arrivait constamment à son summum d'intensité au bout de un à trois jours, et dans la plupart des cas, il suivait dans sa marche les mêmes phases que la pneumonie elle-même. Ainsi, parmi les onze malades chez lesquels la marche de l'ictère a été suivie avec beaucoup de soin, sept fois j'ai vu l'ictère et la pneumonie diminuer simultanément, trois fois l'ictère a commencé à décroître, pendant que la pneumonie était encore à sa période d'état; enfin, chez un seul malade, l'ictère a continué d'augmen-

ter à une époque où la pneumonie marchait déjà vers la résolution. Dans la moitié des cas où la pneumonie eut une issue funeste, j'ai vu l'ictère diminuer dans les deux derniers jours de l'existence, tandis que dans l'autre moitié la couleur jaune augmentait jusqu'au terme fatal. Lorsque la maladie s'est terminée favorablement, la durée totale de l'ictère a varié entre quatre et quinze jours; sa durée moyenne a été de huit jours; par conséquent elle a été plus courte que dans cette variété qu'on a nommée spasmodique, ou dans celle qui survient spontanément, et qui s'accompagne ou est précédée d'un trouble plus ou moins marqué du côté des fonctions digestives.

Comment expliquer le développement de l'ictère dans le cours de la pneumonie? Dans les cas où la phlegmasie occupe le lobe inférieur du poumon droit, il semblerait assez naturel de supposer qu'alors l'inflammation s'est propagée par contiguité de tissu jusqu'à la membrane séreuse qui revêt le foie, et peut-être aussi jusqu'à la couche la plus superficielle du parenchyme de l'organe. M. Bouillaud, qui émet cette opinion (1), ne l'appuie pourtant sur aucun fait positif; je dirai même que les symptômes observés pendant la vie et l'état des organes après la mort, montrent que cette manière de voir n'est pas fondée. Ainsi dans aucun cas, le foie n'était augmenté de volume et ne débordait le rebord des fausses côtes; chez six malades, la douleur occupait la base de la poitrine, au niveau de l'hypocondre; mais celui-ci ne présentait aucune tuméfaction, et la douleur, qui avait le caractère pleurétique, dépendait évidemment de la pneumonie; chez dix malades, le point de côté siégeait à la région mammaire; chez quatre il n'y eut jamais de douleur. Enfin chez les trois malades qui succombèrent, le foie fut examiné avec soin, et je ne trouvai aucune modification dans sa coloration et sa consistance; il contenait une quantité de sang médiocre; les canaux biliaires étaient perméables; le péritoine qui le recouvrait, était intact, et le diaphragme ne présentait non plus aucune lésion appréciable dans son tissu. Mais à supposer qu'il y ait eu, dans ces cas, une irritation ou une simple excitation qui n'a pu laisser des traces sur le cadavre, comment expliquer alors l'ictère qui est survenu aussi fréquemment dans la pneumonie du

(1) *Clin.*, t. II, p. 158.

sommet que dans celle de la base? comment se rendre compte, enfin de l'ictère arrivant dans le cours d'une pneumonie gauche, surtout lorsqu'elle affecte le lobe supérieur ? J'avoue que je n'ai trouvé aucune explication raisonnable du phénomène ; dire que, dans ce cas l'ictère est *sympathique* ou *spasmodique*, c'est vouloir se payer d'un mot dont nous ne comprenons guère le sens. Il faut donc, dans l'état actuel de la science, et pour ne pas sortir des faits, reconnaître que la pneumonie est de toutes les maladies aiguës (les affections du foie et la fièvre jaune exceptées), celle qui s'accompagne le plus souvent d'ictère, et que jusqu'à présent il ne nous a pas été permis de connaître suivant quel mécanisme cette complication survient.

2° *Hépatite.* L'inflammation du foie survenant dans le cours d'une pneumonie est un accident qui doit être fort rare. Je ne l'ai jamais observé; M. Chomel n'en parle point, et M. Andral n'en rapporte qu'un seul exemple (1). Cependant, d'après le témoignage de Sarcone (2), l'hépatite aurait été un accident assez fréquent de la pneumonie, pendant l'épidémie qui régna à Naples dans l'année 1764. Sarcone cite également la pratique d'un autre médecin italien, qui, observant à Léonato en 1733, vit une maladie aiguë de poitrine se joindre à une phlegmasie du foie. L'Hippocrate napolitain fait d'ailleurs remarquer que les affections du foie qu'il a vues survenir dans le cours des pneumonies, ne doivent pas être attribuées aux lois de la sympathie; mais que les deux viscères furent distinctement et séparément attaqués par la même cause qui affectait en premier lieu et particulièrement la poitrine. On conçoit pourtant qu'on ne peut avoir dans les observations de Sarcone une grande confiance; il avoue d'ailleurs lui-même, avec beaucoup de candeur, qu'il est très facile de se tromper, et de prendre pour une hépatite, ce qui n'est souvent qu'une maladie de poitrine. De pareilles erreurs étaient autrefois commises fréquemment par les médecins même les plus habiles, comme on peut s'en convaincre par le témoignage de Valsalva et de Morgagni (3). Mais aujourd'hui,

(1) *Clin.*, LV[e] obs., t. III, p. 414.

(2) *Histoire raison. des Mal. obser. à Naples.* traduit de l'italien par Bellai, Paris, 1804. t. I, p. 226.

(3) *Lettre* 20[e], §§ 50 et 51.

grâces aux progrès qu'a faits le diagnostic des affections locales, nous pouvons toujours, non-seulement distinguer l'hépatite d'une pneumonie ; mais nous pouvons encore reconnaître les cas où ces deux affections coexistent ensemble, et jusqu'à présent tout nous fait supposer que l'hépatite, dans ce climat du moins, est une des complications les plus rares de la pneumonie, et si les auteurs anciens l'ont vue plus fréquemment que nous, cela doit dépendre de quelque circonstance fortuite de constitution médicale, ou plutôt encore d'erreurs de diagnostic, dont sont convenus les plus habiles d'entre eux.

### § VI. *Complications cérébrales.*

1° *Délire.* La pneumonie se complique assez fréquemment de divers accidens cérébraux, parmi lesquels le délire est le plus fréquent. Sur deux cent quatre-vingt-dix malades chez lesquels l'état des fonctions cérébrales a été suffisamment étudié, vingt-sept, c'est-à-dire un onzième environ, présentèrent, à certaines périodes de la maladie, un délire plus ou moins intense. Dans les faits qui ont été analysés par M. Louis, le délire s'est montré beaucoup plus fréquemment que chez mes malades, puisque cet observateur a noté ce phénomène sur un cinquième environ des sujets, dont il a recueilli l'histoire (1). Cette proportion est à peu près celle que donne M. Andral, puisque sur soixante-cinq pneumonies dont les observations sont rapportées dans sa clinique, quinze offrirent un délire plus ou moins prononcé (2); enfin, M. le docteur Briquet a vu le délire survenir sur un septième environ des malades qu'il a traités à l'hôpital Cochin (3). En somme, si on réunit les faits publiés dans les statistiques de pneumonies publiées le plus récemment, je vois que sur quatre cent trente-cinq cas d'inflammation pulmonaire, le délire fut observé chez cinquante-quatre malades, c'est-à-dire sur un huitième à peu près : on peut donc établir que la fréquence du délire dans la pneumonie varie entre un huitième et un onzième environ.

(1) *Fièv. typh.*, t. II, p. 56 et 40, 2e édit.
(2) *Rapp. de M. Rayer*, bulletin de l'acad. de méd. 1840 T. 4. p. 464.
(3) *Archiv.*, 3e série, t. VIII, p. 272.

L'analyse des faits a également démontré que le délire s'était montré plus souvent chez les individus qui ont succombé que chez ceux dont la maladie eut une heureuse issue ; il résulte aussi des observations de M. Louis que le trouble des facultés intellectuelles avait été observé, chez les premiers, dans la quatrième partie des cas, tandis que chez les seconds, il ne s'était déclaré que chez un sixième à peu près.

Le délire s'est montré beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, et cela dans la proportion de vingt et un à six. L'âge des malades a dû certainement avoir une certaine part dans la production de ce symptôme, puisqu'à l'exception de trois individus qui avaient moins de trente ans tous les autres avaient dépassé l'âge de quarante ; la période de cinquante à soixante, est celle qui nous a offert le plus grand nombre de délires. On a dit qu'à un âge plus avancé, que chez les vieilles femmes de l'hospice de la Salpêtrière, par exemple, il était rare de voir une pneumonie parcourir ses périodes sans dérangement des facultés intellectuelles. Mais MM. Hourmann et Dechambre, qui ont émis cette opinion, ne l'ont malheureusement appuyée d'aucun résultat numérique (1), Nous ne savons non plus rien de précis sur la fréquence du délire dans la pneumonie de l'enfance ; il semblerait toutefois résulter des recherches modernes, que dans le jeune âge, cette complication est moins fréquente que chez les sujets plus âgés. Enfin, parmi mes vingt-sept malades, deux seulement étaient doués de cette constitution qu'on regarde comme prédisposant aux accidens nerveux.

L'abus des liqueurs alcooliques, l'habitude de l'ivrognerie me paraît devoir être regardée comme une des causes qui provoquent le plus souvent le délire dans le cours des inflammations pulmonaires. C'est ainsi qu'un bon tiers des individus dont je parle, se livraient à de fréquens excès de vin, ou buvaient tous les jours une grande quantité de liqueurs fortes et surtout d'eau-de-vie. Parmi les 12 malades de M. le docteur Briquet, qui eurent du délire dans le cours d'une pneumonie, 2 étaient des ivrognes déclarés, et 2 autres paraissaient également commettre quelquefois des excès alcooliques (2). En-

(1) *Arch.* 2e série. t. XII, p. 164.

(2) *Archives* 3e série, t. VIII., p. 272.

fin M. Rayer dit avoir aussi observé plusieurs fois chez des ivrognes atteints de pneumonie, un délire survenir brusquement (1).

Les émotions morales, les chagrins sont une cause déterminante de délire. J'ai vu, en effet, avec M. Chomel, dans le cours de l'année 1836, une femme qui, ayant été victime d'un vol considérable, en éprouva une violente secousse morale; elle fut prise quelques jours après de tous les symptômes d'une pneumonie qui se compliqua dès le début d'un délire violent.

On a dit qu'il y avait un rapport entre le siége de la pneumonie et l'apparition du délire. Ainsi M. Bouillaud a prétendu que ce symptôme accompagnait plus fréquemment la pneumonie du sommet que celle de la base (2). Mais ce professeur n'a appuyé cette assertion d'aucune preuve directe, et les faits tirés de sa pratique, au nombre de 7 seulement, qu'un de ses élèves a publiés (3), sont insuffisans pour justifier l'opinion qu'il a émise sur l'influence que le siége de la pneumonie exercerait dans la production du délire. En consultant mes observations particulières, voici à quels résultats elles m'ont conduit. Sur les 27 malades qui ont présenté du délire, 9 étaient affectés d'une pneumonie du sommet; chez 14 la phlegmasie occupait la base de l'organe, et chez 4 enfin, elle était limitée au 1/3 moyen. Ainsi, il résulte de ce relevé que chez le 1/3 seulement des malades qui ont présenté du délire, l'hépatisation occupait le lobe supérieur de l'un ou l'autre poumon, ce qui n'indique pas une influence bien grande exercée par la pneumonie du sommet dans la production des troubles cérébraux. Ces résultats se trouvent d'ailleurs confirmés par les observations de plusieurs auteurs. Ainsi, sur 65 pneumonies, dont les observations sont rapportées par M. Andral, 15 ont présenté un délire plus ou moins marqué; chez 8 il y avait inflammation du sommet d'un ou des deux poumons, seule ou accompagnée d'une pneumonie de la base ou de la partie moyenne; dans 7 autres cas, il y avait délire sans que le sommet fût affecté. Ainsi, sur 15 cas de pneumonie avec délire, indiqués par M. Andral, il y en avait 7, c'est-à-dire la

(1) *Bullet. de l'acad., royale de méd.,* Paris, 1840, t. IV, p. 464.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.* t. XIII, p. 377.
(3) *Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 343.

moitié environ dans lesquels le lobe supérieur n'était pas affecté. Un autre fait, résultant des recherches de M. Andral, tend aussi à diminuer l'influence qu'on a attribuée à la pneumonie du sommet sur la production du délire; dans 11 cas cités par ce professeur, il y a eu inflammation d'une partie ou de la totalité du lobe supérieur du poumon, seule ou réunie à l'inflammation des autres portions de cet organe, sans qu'on ait noté du délire même dans les derniers temps de la vie (1). Enfin, parmi les 12 malades qui furent affectés de délire dans le cours d'une pneumonie, et dont M. Briquet a parlé dans son compte-rendu, il n'y en a que 2 chez lesquels l'inflammation occupât le sommet de l'organe (2).

De tout ce qui précède, on peut conclure, je crois, que jusqu'à présent, il n'est pas prouvé que la pneumonie du sommet soit plus souvent accompagnée de délire que celle qui occupe la base ou la partie moyenne de l'organe. Les pneumonies doubles, s'accompagnent d'ailleurs plus souvent de délire que celles qui n'occupent qu'un seul poumon ; c'est ainsi que, d'après mes relevés, le trouble des facultés intellectuelles aurait existé chez le quart des sujets qui eurent une inflammation des deux poumons à la fois.

L'époque à laquelle le délire se manifesta, a beaucoup varié. Je viens de dire que chez un malade le trouble des facultés intellectuelles débuta presque avec les premiers symptômes de la pneumonie. Chez un autre, dont j'ai aussi parlé précédemment, le délire fut le premier phénomène morbide qui apparut; pendant 3 jours il exista seulement avec de la fièvre, et ce ne fut qu'après cette époque que des symptômes se montrèrent pour la première fois du côté de la poitrine. Mais des faits pareils sont fort rares. Chez tous les autres malades, le délire se déclara du 4ᵉ au 16ᵉ jour, et beaucoup plus tôt chez les ivrognes que chez les autres. Ainsi, tandis que ces derniers ne commençaient à délirer, terme moyen, que vers le 10ᵉ jour, les premiers, au contraire, déliraient dès le 5ᵉ. Chez tous les malades, le trouble des facultés intellectuelles survenait donc à une époque où la maladie continuait encore à s'accroître, ou était déjà arrivée à son plus

(1) *Rayer, bull. de l'Acad.*, t. IV, p. 464.
(2) *Arch.*, 3ᵉ série, t. VIII, p. 272.

haut degré d'intensité. Chez un malade seulement, le trouble cérébral se déclara au moment de la convalescence, et il y a peu de mois, j'ai eu occasion d'observer un fait semblable dans la pratique civile.

Le délire a présenté des caractères différens, suivant qu'on l'observait chez des individus sobres ou bien chez des ivrognes. Chez les premiers, le dérangement des facultés intellectuelles n'était marqué que par un peu de divagation ; les malades parlaient seuls, répondaient d'une manière incohérente aux questions qu'on leur adressait ; quelquefois pourtant, on pouvait en obtenir des réponses sensées ; mais cela n'avait lieu que momentanément. Trois individus seulement, eurent une grande agitation ; ils parlaient haut, faisaient effort pour se lever, et on fut obligé de les fixer dans leur lit à l'aide du gilet de force. Ce délire persista de 1 à 8 jours, il fut suivi d'une fâcheuse terminaison chez les 3/4 des malades, et persista alors jusqu'au terme fatal. Chez un 1/4 des sujets, la guérison eut lieu, et la cessation du délire précéda toujours de un ou plusieurs jours le commencement de la convalescence.

Chez les ivrognes, le délire n'a présenté les mêmes caractères que ci-dessus, que chez la moitié seulement ; chez tous les autres il fut caractérisé par une agitation extrême. Les malades vociféraient, poussaient des cris sans interruption ; ils repoussaient et battaient les personnes qui leur donnaient des soins ; la plupart pourtant répondaient encore juste à quelques-unes des questions qu'on leur adressait ; on fut toujours obligé de leur mettre la camisole de force. Cette extrême agitation était aussi forte le jour que la nuit ; l'insomnie était complète ; cependant on n'observait pas comme dans le cas de *delirium tremens*, le tremblement de la mâchoire et des membres, l'incertitude des mouvemens et la voix saccadée. Un malade a présenté pourtant tous ces symptômes à la fois, mais j'appris qu'avant l'invasion de la pneumonie, il éprouvait déjà des troubles du côté de la contractilité musculaire, lesquels étaient consécutifs à une colique saturnine.

Ainsi, dans un certain nombre de cas, le trouble des facultés intellectuelles, qui survient dans la pneumonie, ressemble tout à fait au délire des maniaques ; dans quelques cas même, les malades sont réellement et momentanément frappés d'alié-

nation mentale. Ainsi MM. Thore et Aubanel, de Marseille, rapportent dans leur intéressant ouvrage (1), qu'ils ont vu plusieurs fois arriver à l'hospice de Bicêtre, des individus qu'on leur envoyait comme aliénés, et qui n'étaient affectés que d'une manie passagère, développée pendant la période aiguë, ou pendant la résolution d'une pneumonie, et qui se dissipait très rapidement.

Le délire violent, tel que je viens de le décrire, n'a jamais persisté au delà de 4 ou 5 jours ; à cette époque il fut remplacé par le côma chez les sujets qui succombèrent, et par le retour complet de l'intelligence chez les 2 qui guérirent.

A l'autopsie des individus qui moururent après avoir présenté du délire, je trouvai dans près du tiers des cas (chez 8), les caractères anatomiques d'une méningite récente, c'est-à-dire une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans toute l'étendue de la convexité des hémisphères. Cette arachnitis, à en juger par les troubles cérébraux, observés pendant la vie, n'avait dû se déclarer que dans les 24, 36 ou 72 dernières heures de la vie. Elle n'a existé qu'une seule fois chez les ivrognes. Chez tous les autres (à l'exception de 2, dont l'autopsie ne put être faite) on ne constata dans le cerveau ou les méninges aucune altération assez grave pour expliquer les troubles observés pendant la vie. Ainsi trois fois les lobes cérébraux présentaient un léger piqueté, et chez 6, il y avait une infiltration de sérosité assez considérable dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et même dans les ventricules latéraux. Mais cette dernière lésion n'a existé que chez les individus dont l'agonie fut longue, et chez lesquels le délire fut remplacé par un état comateux un peu prolongé.

Il résulte de ce qui précède que dans les deux tiers des cas, l'état apparent des méninges et du cerveau ne peut expliquer le délire qu'on avait noté pendant la vie. Il n'y avait également aucun rapport bien évident, et surtout constant, entre le délire et l'étendue de l'altération pulmonaire ; chez tous, la pneumonie était arrivée au deuxième ou au troisième degré ; mais dans la plupart des cas, l'hépatisation était bornée à un seul lobe, ou même à une moitié d'un lobe. On ne peut même dire

(1) *Recherches statistiques sur l'aliénation mentale,* Paris 1841, p. 84.

qu'il y eût un rapport bien évident entre l'appareil fébrile et la production des troubles cérébraux. Si la plupart des malades qui eurent du délire, éprouvaient une fièvre intense, on peut dire pourtant que chez un plus grand nombre, qui présentèrent une fièvre encore plus vive, on n'observa à aucune époque, de trouble appréciable du côté des facultés intellectuelles. Cependant M. Louis a été conduit à penser (1) que le délire qui survenait dans le cours des affections aiguës, ordinairement inflammatoires, était plutôt l'effet du mouvement fébrile, qu'il ne serait la conséquence d'une action sympathique de l'organe malade, bien que cette action, d'après le même auteur, n'y soit pas étrangère. M. Louis fait observer que dans les maladies aiguës qui se compliquent de délire, la fièvre est la seule circonstance commune à tous les sujets, et il est rationnel de ne pas recourir à des causes différentes pour l'intelligence d'un phénomène, plus ou moins exactement toujours le même.

Ce raisonnement de l'illustre observateur que je viens de citer, est tout à fait logique; cependant ce que j'ai dit précédemment me fait douter encore si l'on doit faire jouer à l'appareil fébrile le rôle que M. Louis lui attribue. Je ne sais s'il convient de considérer la fièvre comme étant le lien sympathique qui mettrait en rapport le cerveau et l'organe souffrant ; car je crois que dans la manifestation des troubles intellectuels, il faut non-seulement faire la part de la fièvre, mais reconnaître encore l'influence que jouent les prédispositions individuelles des sujets, leur habitude, l'état moral qui a précédé ou accompagné le développement de la maladie actuelle. Il faut reconnaître enfin, dans un grand nombre de cas, que les causes productrices du délire nous échappent; nous le voyons quelquefois coïncider avec le développement d'un état général, grave, comme dans certaines pneumonies typhoïdes ou malignes, et peut-être alors en trouve-t-on l'explication dans l'infection générale des liquides. Quoi qu'il en soit, je pense que dans un grand nombre de cas, on ne saurait donner aucune raison plausible pour expliquer la production du délire; prétendre que cet accident est un effet sympathique de la maladie du poumon, c'est voiler souvent notre ignorance par un mot, dont on abuse beaucoup, et dont peu de personnes connaissent la valeur.

(1) *Fièv. typh.*, 2e édit., t. II. p. 44.

Quelle est la nature du délire qu'on observe si fréquemment chez les ivrognes atteints de pneumonie, et comment en expliquer le développement? Si on se rappelle l'intensité du délire, la violence des emportemens qui sont quelquefois poussés jusqu'à la fureur, l'insomnie, l'absence d'altération matérielle dans les centres nerveux après la mort; si on réfléchit que ces troubles se déclarent surtout chez des individus qui abusent des liqueurs alcooliques, on ne pourra s'empêcher de reconnaître dans ces accidens une forme du *delirium tremens*. D'ailleurs, nous verrons plus tard, à l'article du traitement, que les bons effets qu'on obtient quelquefois dans ces cas, de l'usage combiné du vin et de l'opium, viennent confirmer mon opinion sur la nature de la maladie. L'invasion du *delirium tremens* dans le cours d'une pneumonie, s'explique par l'interruption brusque des liqueurs alcooliques. Il résulte en effet des travaux importans, publiés en Angleterre et en Amérique, par les docteurs Blacke (1) et Ware (2), qu'un ivrogne ne peut être atteint d'une maladie quelconque, sans être sous l'imminence du *delirium tremens*. L'usage abusif des liqueurs alcooliques constitue la cause prédisposante, tandis que la cause occasionnelle paraît être la brusque interruption de ce stimulant du système nerveux, interruption qui a généralement lieu, dès que ces individus sont atteints d'une affection grave.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les autres accidens cérébraux qui peuvent survenir dans le cours de la pneumonie. Ainsi la somnolence, le coma, n'ont encore été observés que consécutivement au délire, et lorsque la maladie avait une issue funeste. Je ne parlerai pas non plus des symptômes cérébraux qui survenaient au moment de l'agonie, car ce n'est pas là, à proprement parler, une complication.

Le coma a été observé chez cinq sujets parvenus du cinquième au douzième jour de la pneumonie; ils avaient tous dépassé l'âge de soixante ans, à l'exception d'un seul qui n'était âgé que de vingt-huit ans, et chez lequel le coma ne persista que pendant vingt-six heures, mais durant tout ce temps il y eut résolution presque complète des membres, et insensibilité

(1) *Practical essay on delirium tremens.* London 1830.

(2) *Remarks on the history and treatment of delirium tremens.* Boston, 1831.

générale de la peau. Cet individu se rétablit; les quatre autres succombèrent. Chez deux, le cerveau et les méninges ne présentaient aucune lésion ; chez le troisième, une arachnitis put expliquer les accidens cérébraux notés dans les derniers jours de l'existence. Enfin les soubresauts des tendons n'ont été vus que chez quatre malades, dont trois ont succombé. Ce phénomène est en effet fort rare dans les maladies aiguës, si l'on en excepte la fièvre typhoïde, puisque M. Louis ne l'a guère rencontré que quatre fois sur plus de 530 malades chez lesquels il l'a recherché (1).

§ VII. *Douleurs articulaires.*

Quatre malades n'ayant jamais eu antérieurement de rhumatisme articulaire ou musculaire, furent affectés dans le cours d'une pneumonie, de douleurs vives dans une ou plusieusr articulations à la fois. Ces douleurs se déclarèrent dès les premiers jours de la pneumonie dans un cas, tandis que chez les trois autres elles ne survinrent que lorsque l'inflammation pulmonaire s'était déjà beaucoup étendue en surface et avait passé partout au deuxième ou au troisième degré. Ces douleurs occupaient dans un cas les deux épaules, dans un autre elles étaient bornées au genou droit, chez un troisième sujet elles affectaient l'articulation tibio-tarsienne gauche; enfin le dernier malade se plaignait à la fois du poignet droit et du genou gauche. Les douleurs étaient toujours très vives; elles augmentaient par la pression et par les mouvemens; dans aucun cas il n'y eut de la rougeur aux tégumens; une seule fois j'ai constaté une tuméfaction considérable de l'articulation; celle-ci était en même temps le siége d'une fluctuation évidente. Une circonstance qui mérite d'être signalée, c'est que chez les quatre malades, les douleurs ont toujours été fixes, elles ne se sont jamais déplacées, et lorsqu'elles ont occupé plusieurs articulations à la fois, elles les ont envahies ensemble. Trois des malades ont succombé avec une hépatisation grise ; mais par suite d'un oubli vraiment impardonnable, j'ai négligé dans deux cas, d'ouvrir les articulations qui étaient encore le siége de douleurs vives au moment de l'agonie. Chez le troisième sujet, le seul dont j'ai disséqué

(1) *Fièv. typh.*, t. II, p. 64.

les jointures, j'ai vu que le poignet droit et le genou gauche qui avaient été le siége de fortes douleurs pendant la vie et de gonflement, étaient remplies d'un pus phlegmoneux inodore, et les franges de la membrane synoviale étaient les seules parties de l'articulation qui fussent légèrement injectées.

Quelle est la nature des douleurs articulaires que je viens de décrire ? Faut-il les regarder comme étant rhumatismales? Je l'avais cru d'abord. Mais si on réfléchit que l'un des caractères les plus remarquables des douleurs rhumatismales, c'est à dire leur mobilité, a constamment manqué, qu'il n'y a eu de la tuméfaction que dans un seul cas, on sera autorisé à élever quelques doutes. Enfin l'autopsie ayant montré une fois que du pus existait dans les articulations malades, on aura un nouvel argument pour regarder ces douleurs comme n'étant pas de nature rhumatismale. Mais comment expliquer la présence du pus? Il était impossible de regarder ce liquide comme ayant été sécrété par les surfaces articulaires enflammées; car la membrane synoviale était partout lisse, molle, transparente, et il n'existait qu'une très légère injection piquetée dans les franges synoviales articulaires, qui ne pouvait expliquer ni les symptômes observés pendant la vie, ni la production pathologique trouvée après la mort. Il y avait beaucoup de ressemblance entre ces faits et ces abcès articulaires qu'on observe dans les résorptions purulentes; y avait-il alors une phlébite quelque part? J'eus cette pensée quand je procédai à l'autopsie; mais la putréfaction m'a empêché de faire à ce sujet des recherches aussi complètes que j'aurais voulu. Si nous devons conserver quelques doutes sur l'origine du pus, il est, je crois, bien démontré par l'étude que je viens de faire, que les douleurs articulaires observées chez ce malade, n'étaient pas de nature rhumatismale.

## ARTICLE II.

### Fréquences des complications précédentes dans les pneumonies consécutives.

On peut dire d'une manière générale que la plupart des maladies ou des accidens que nous venons d'étudier, compliquent

assez rarement les pneumonies consécutives, comme cela résultera des faits que je vais analyser.

De toutes les complications thoraciques que j'ai précédemment signalées, le catarrhe pulmonaire est presque la seule que j'aie rencontrée quelquefois, dans les cas de pneumonies consécutives. Mais comme j'ai été obligé d'écarter tous les faits relatifs aux maladies thoraciques, tous ceux aussi dont les affections s'accompagnaient de bronchites, telles que les maladies du cœur, les fièvres typhoïdes, la rougeole, il s'ensuit qu'il ne m'est resté qu'un nombre de faits insuffisans pour bien étudier la question. Je dirai pourtant, que sur les pneumonies consécutives à des maladies organiques du foie, des reins, de l'utérus et de l'estomac, il y eut deux fois un catarrhe pulmonaire assez étendu pour masquer quelques-uns des symptômes propres à l'inflammation pulmonaire. Cette complication catarrhale paraît être moins rare dans la pneumonie qui affecte les démens paralytiques, comme cela résulte surtout des documens que M. Thore m'a communiqués; toutefois ils ne sont pas assez précis, pour me permettre de déterminer suivant quelle proportion le catarrhe pulmonaire se rencontre dans la pneumonie des aliénés.

Chez ces derniers, il paraît aussi que la pleurésie concomitante serait moins commune que dans les pneumonies ordinaires, puisqu'il résulte encore des recherches de M. Thore, que la plèvre n'a été trouvée enflammée que chez la moitié des aliénés qui furent emportés par une pneumonie aiguë. Dans les faits que j'ai recueillis, et en ne considérant la pleurésie que comme une lésion concomitante, je n'ai trouvé aucune différence entre les pneumonies primitives et consécutives. Mais il n'en a plus été de même de la pleurésie telle qu'elle doit être considérée dans cet article, c'est-à-dire assez étendue et assez grave pour constituer une véritable complication de la maladie intercurrente. Ainsi sur 54 cas de pneumonie secondaire, je n'ai guère rencontré un épanchement pleurétique un peu considérable que chez les individus dont la pneumonie était consécutive à une phlébite, et peut-être alors l'épanchement purulent dans les plèvres était plutôt l'effet de la maladie primitive que de la pneumonie elle-même. L'ictère n'a existé qu'une seule fois; il a paru se développer en même temps que la pneu-

monie, je pourrais presque dire que c'est lui qui fit découvrir la complication thoracique. En effet, un jour M. Chomel ayant remarqué une couleur ictériqne survenue depuis la veille chez un sujet affecté de cirrhose, fut conduit à l'examiner plus complètement; ayant découvert en même temps un appareil fébrile assez intense, la réunion de ces deux circonstances fit soupçonner à l'habile professeur l'existence d'une pneumonie, bien que le malade n'accusât aucun trouble apparent du côté de la poitrine; l'auscultation vint justifier ces craintes, en faisant découvrir une phlegmasie commençante du lobe inférieur du poumon droit.

Le délire est au contraire une complication assez fréquente des pneumonies secondaires. C'est ainsi que le trouble des facultés intellectuelles a été observé dans un douzième environ des pneumonies consécutives aux maladies chroniques. Dans les pneumonies qui se déclarent dans le cours des maladies aiguës, le délire paraît être encore plus commun, mais il est le plus souvent impossible de déterminer si les accidens cérébraux qu'on observe dépendent de l'influence qu'exerce la maladie primitive ou l'affection intercurrente. Pour résoudre ce problème, il faut dans ces cas, comparer le début et la marche de la pneumonie avec l'époque où le délire est survenu; il faut aussi avoir égard à la nature de la maladie primitive. C'est ainsi, par exemple, que si dans le cours d'une phlébite on voit du délire survenir peu après le développement d'une pneumonie, il sera plus rationnel de rapporter les troubles cérébraux aux progrès de la maladie première qu'aux développemens de l'affection intercurrente; parce qu'en effet, le délire est un symptôme habituel des résorptions purulentes. Il en serait à peu près de même pour la fièvre typhoïde.

On voit donc, d'après tout ce qui précède, que les complications se montrent en général moins fréquemment dans le cours des pneumonies secondaires, que dans celui des phlegmasies pulmonaires primitives. Cette différence dépendrait-elle de la marche en général plus rapide des premières, ou bien est-ce plutôt de ce que, la faiblesse étant plus grande et la sensibilité générale plus émoussée, les phénomènes sympathiques éprouvent, par cela même, plus de peine, plus de lenteur à se développer? C'est ce qu'il est à peu près impossible d'affirmer.

# CHAPITRE IX.

## DES FORMES DE LA PNEUMONIE.

Dans les chapitres précédens, j'ai décrit les symptômes et la marche de la pneumonie; mais pour avoir le tableau fidèle de la maladie, il me reste encore plusieurs points à étudier. Il est, en effet, des pneumonies dans lesquelles certains symptômes généraux ou locaux tout à fait nouveaux apparaissent, ou bien peu marqués dans l'état ordinaire, on les voit prédominer sur tous les autres. Dans d'autres cas, des symptômes, habituellement très apparens, sont obscurs ou même manquent complétement; d'autres fois, c'est la marche même de la maladie et la succession de ses divers phénomènes qui se trouvent plus ou moins intervertis. Enfin, il est d'autres modifications qui résultent de la nature des causes, du siége de la maladie, des circonstances spéciales dans lesquelles les malades se trouvent, etc. Toutes ces conditions changent, modifient plus ou moins profondément la physionomie propre de la pneumonie; et suivant l'existence ou la prédominance des unes ou des autres, on semble avoir affaire à des affections toutes nouvelles, différant des pneumonies odinaires par leur marche, leur pronostic, leur traitement. C'est là ce qu'on nomme *les formes* de la maladie. Je vais passer en revue les principales, et je ferai connaître avec soin non-seulement les phénomènes qui les caractérisent, mais je tâcherai de déterminer les causes individuelles ou extérieures qui paraissent présider à leur développement.

### ARTICLE PREMIER.

#### Formes des pneumonies primitives.

##### § I. — *Pneumonies bilieuses.*

Il y a une variété de pneumonie dans laquelle les symptômes de la phlegmasie pulmonaire coexistent avec cet ensemble de

phénomènes qu'on connaît sous le nom d'*état bilieux ou gastrique*, fort bien décrit par Stoll, et qu'il est utile de rappeler ici. La face est jaunâtre ou d'un vert pâle; il y a une céphalalgie gravative, et souvent une douleur analogue au niveau du cardia; la soif est nulle ou peu marquée, les malades ont dans la bouche une saveur le plus souvent amère, quelquefois nauséabonde ou acide; la langue, blanchâtre, est le plus ordinairement recouverte d'un enduit jaune verdâtre; les dents sont sales, l'épigastre est comme gonflé, et il est le siége d'un sentiment de plénitude. Quelques malades évacuent spontanément des matières bilieuses qui les soulagent, d'autres n'ont que des maux de cœur; il y a un flux abondant de salive, un dégoût pour toute espèce d'aliment; enfin on observe de la constipation, ou bien quelques selles bilieuses.

Bianchi, dans son *Historia hepatica*, (1) avait au commencement du siècle dernier signalé la forme bilieuse de la pneumonie, qu'on confondait alors avec la pleurésie; mais c'est Stoll (2) qui le premier la décrivit plus complétement; il signala sa fréquence, et indiqua surtout les moyens thérapeutiques qu'on pouvait lui opposer avec avantage. Toutefois, il est facile de se convaincre que le célèbre professeur de Vienne a compris sous la dénomination de péripneumonie bilieuse, des cas de catarrhe pulmonaire aigu, et même de simple pleurodynie. Une pareille méprise était difficile à éviter à une époque où la science ne possédait pas encore la précieuse découverte de Laënnec. Le même reproche s'applique à la plupart des nombreuses relations de pneumonies bilieuses, qui furent publiées par beaucoup d'auteurs, à la fin du siècle dernier et au commencement même du dix-neuvième. Il paraîtrait qu'à ces époques la pneumonie bilieuse sévit avec une certaine intensité dans une grande partie de l'Europe; puisque la Société royale de Médecine reçut pendant les années 1782, 83 et 84, quatre-vingts mémoires ou relations de pneumonies bilieuses, qui avaient régné épidémiquement dans plusieurs provinces de France. Il est à regretter qu'aucun de ces travaux n'ait été publié; car il paraît que quelques-uns étaient rédigés avec beaucoup de soin et contenaient des faits intéressans. Caille a

(1) T. I, p. 255, Genevo, 1725.
(2) *Méd. prat.*, constitu. des années 1776 et 1777.

eu la prétention d'en faire une analyse (1); mais cet auteur, négligeant tout ce qu'il pouvait y avoir de positif, s'est livré seulement à des discussions stériles sur la bile et les humeurs; de sorte qu'après la lecture de son rapport, il est impossible d'avoir aucune idée exacte de la maladie, qu'il avait eu l'intention de décrire et des travaux qu'il avait prétendu analyser.

Il est probable, cependant, que la pneumonie bilieuse n'a pas été aussi fréquente qu'on le dit, à la fin du dernier siècle; à cette époque en effet, la plupart des médecins ayant accepté avec enthousiasme, ou plutôt ayant exagéré les idées de Stoll, sur le rôle que la bile jouait dans la production des maladies, il est certain que beaucoup d'entre eux substituèrent la théorie à l'observation simple des faits; comme il est facile, d'ailleurs, de s'en convaincre par la lecture de leurs ouvrages.

Quoi qu'il en soit, il est certain que depuis plusieurs années, la pneumonie bilieuse se montre assez rarement, à Paris, même à l'état sporadique. C'est ainsi que j'ai pu en recueillir à peine dix cas, pendant six années d'observation dans les hôpitaux de Paris. Ce n'est donc pas sans étonnement que j'ai lu dans la Clinique de M. Bouillaud (2), que ce professeur avait vu en 1836, la pneumonie présenter la forme bilieuse chez la moitié des malades dont il avait recueilli l'histoire. Cependant, ayant lu moi-même attentivement chacune des observations rapportées par l'auteur, je me suis assuré que les phénomènes fournis par les organes digestifs avaient été presque toujours décrits fort incomplétement, et je n'ai trouvé nulle part cette série de symptômes que j'ai énumérés plus haut, comme étant seuls caractéristiques de l'état bilieux. Qu'on parcoure en effet les observations première, sixième, treizième, quatorzième, dix-huitième, vingtième, vingt quatrième et vingt-cinquième, que M. Bouillaud signale comme des exemples de pneumonies bilieuses, il sera facile de se convaincre que l'auteur n'a pas une idée bien précise sur ce qu'on doit entendre en nosologie, et en clinique, par état bilieux.

Ainsi l'observation première est donnée comme un exemple

(1) *Société royale de méd.*, année 1782 et 1785, p. 37 des Mémoires.

(2) T. II, p. 158.

d'état bilieux, suivi de phénomènes typhoïdes(1). Or, voici les symptômes que le malade a présentés. Le deuxième jour; il éprouva un peu de dévoiement et vomit sa tisane à différentes reprises. Lors de son entrée à l'hôpital on constata une couleur jaunâtre du bas du visage, la langue était blanche, la bouche fade, l'haleine non fétide; il n'y avait ni nausées ni vomissemens (2). Dans l'observation sixième (3) nous constatons qu'un vomissement bilieux a existé le jour de l'invasion, mais plus tard et à l'époque où M. Bouillaud a recueilli l'observation, il n'y avait ni amertume de la bouche, ni nausées, ni vomissemens; on parle seulement d'un teint jaunâtre de la figure, surtout de l'ovale inférieur. Dans la treizième observation (4) on trouve indiqué le premier jour seulement, un enduit jaune verdâtre de la langue, une bouche pâteuse et des nausées, phénomènes d'ailleurs dont on ne parle plus les jours suivans. Dans la dix-huitième observation (5) l'auteur a encore trouvé un appareil bilieux, après avoir décrit chez son malade; le premier jour, la bouche pâteuse, sans nausées ni vomissemens, la langue humide et blanche; le deuxième jour, l'haleine fétide et une coloration jaunâtre générale. L'observation vingtième (6) est intitulée péripneumonie bilieuse, par cela seul qu'on a trouvé le premier jour une teinte ictérique sans autre trouble du côté des organes digestifs, que de la soif et de l'inappétence. Enfin les vingt-quatrième (7) et vingt-cinquième (8) observations sont également données comme des exemples de la forme bilieuse, et pour légitimer un pareil jugement, l'auteur n'indique aucun autre phénomène qu'un teint jaunâtre; il n'y eut pas même de nausées ni de vomissemens.

On voit donc par ce qui précède que pour établir l'existence de l'état bilieux, il a suffi à M. Bouillaud d'un ou de deux symptômes souvent insignifians, tels que des nausées ou des vo-

(1) *Loc. cit.*, p. 159.
(2) *Id.* p. 5.
(3) P. 35.
(4) P. 73.
(5) P. 96.
(6) P. 104.
(7) P. 122.
(8) Id. p. 126.

missemens passagers. C'est là pourtant une grave erreur, contre laquelle J. Frank a tâché de prémunir les praticiens. Ce savant médecin dit en effet, qu'on doit prendre garde d'établir le diagnostic d'une pneumonie bilieuse, d'après l'existence seulement d'un ou de deux symptômes gastriques. Il observe en effet, que fréquemment les pneumonies très inflammatoires s'accompagnent d'un appareil de symptômes gastriques et surtout de vomissemens bilieux(1). Stoll lui-même, ce grand praticien, accusé par ceux-là seuls qui ne l'ont jamais lu, de n'avoir vu partout que des effets de la bile, a au contraire longuement insisté, pour apprendre aux autres à distinguer les pneumonies et les pleurésies *bilieuses*, des pneumonies et des pleurésies *inflammatoires*, car cette distinction importait beaucoup pour sa thérapeutique qui, quoiqu'on en ait dit, étaitloin d'être exclusive. Le célèbre professeur deVienne a démontré (2), 1° *que l'amertume* de la bouche pouvait manquer dans les pleurésies bilieuses, tandis que parfois on la rencontrait dans la véritable inflammation des poumons, chez des malades qui n'ont aucune affection bilieuse ; 2° il signale comme étant un symptôme également *incertain* et *commun à l'une et à l'autre maladie*, les *nausées et les vomissements*, qui peuvent être excités sympathiquement par la phlegmasie des poumons. Quant à la teinte jaunâtre de la partie inférieure du visage, qui suffit à M. Bouillaud pour déterminer qu'il existe un état bilieux, c'est un caractère qui a peu de valeur, et comme le dit encore Stoll (3) ; il faut prendre garde que la couleur du visage ne nous fasse commettre des erreurs dans le diagnostic. Enfin on peut voir aussi, que dans l'école de M. Bouillaud, on confond la jaunisse et l'état bilieux; on croit à l'existence d'une pneumonie bilieuse dans les cas où la phlegmasie pulmonaire est *compliquée d'ictère* (4). Mais ce

(1) Cave ne diagnosin hujusmodi peripneumoniæ duce uno duntaxat altero ve gastrico signo instituas. Contingit enim haud raro, quod peripneumoniæ summopere inflammatoriæ, apparatum symptomatum gastricorùm et maxime vomitoum biliosum exhibeant. Part. 2, vol. II, p. 350.

(2) *Méd. prat.*, constitution de l'année 1775, édit. de Mahon, t. 1, p. 50.

(3) *Loc. cit.*, p. 51.

(4) Voir entre autres l'observation 20e, t. II, p. 104.

sont là deux états morbides tout à fait différens, quoique pouvant exister ensemble, et il importe beaucoup pour la nosologie et la thérapeutique de savoir les distinguer.

D'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, on s'explique pourquoi M. Bouillaud regarde les pneumonies bilieuses comme étant très communes à Paris. Il résulte en effet d'un relevé publié par un de ses élèves; que les pneumonies se compliqueraient d'un élément bilieux, chez plus du quart des sujets (1) (ou 21 fois sur 75) ; mais je viens de prouver le degré de confiance qu'on doit avoir dans ces résultats. Si j'ai tant insisté sur ce point, ce n'est pas assurément dans le but de relever une grave erreur pathologique, mais M. Bouillaud ayant prétendu s'appuyer sur de pareils faits, pour renverser des principes de thérapeutique sanctionnés par l'autorité des plus grands maîtres, et par l'expérience de tous les jours ; M. Bouillaud invoquant les observations précédentes pour prouver que des pneumonies bilieuses pouvaient être guéries par les méthodes ordinaires de traitement, j'ai dû démontrer qu'une pareille conclusion ne pouvait ressortir des faits qu'il invoquait, et la critique que je viens de faire aura encore justifié cet adage, que certaines erreurs en thérapeutique reconnaissent souvent pour cause des erreurs de diagnostic.

Le début de la pneumonie bilieuse a été brusque, et a surpris les individus au milieu d'une santé parfaite chez 8 malades ; chez 2 il y eut quelques symptômes précurseurs, et chez l'un d'eux, j'observai comme prodrome, une bronchite légère accompagnée de tous les signes de l'embarras gastrique. A l'exception de ce malade, chez lequel l'état bilieux a précédé la pneumonie de plusieurs jours, chez tous les autres, les troubles du côté des organes digestifs se sont déclarés en même temps que la pneumonie chez deux sujets, ou bien au deuxième, troisième, quatrième ou cinquième jour, à dater de son début chez six, c'est-à-dire chez le plus grand nombre d'entre eux.

Quant aux symptômes généraux, j'ai noté que chez tous les malades, à l'exception d'un seul, le pouls était mou, faible, dépressible, et nullement en rapport, ni avec l'intensité de la maladie, ni avec la force apparente des individus. Dans la plu-

(1) *Mém. de l'Ac. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 343.

part des cas aussi, la chaleur de la peau était vive, sèche, et parfois même mordicante; enfin, chez le tiers des malades, on remarquait un accablement, une prostration qui n'était nullement en rapport, ni avec l'étendue, ni avec le degré de la phlegmasie pulmonaire. La céphalalgie, toujours limitée au front, était gravative, et persistait plus longtemps que dans les phlegmasies ordinaires. A ces symptômes se joignait toujours une série de phénomènes indiquant un trouble du côté des organes digestifs : ainsi, tous les malades accusaient une saveur amère; la langue était, chez les deux tiers, chargée d'un enduit épais et jaunâtre; blanc chez les autres sujets; chez tous il existait des nausées, des envies de vomir, et chez à peu près les deux tiers des malades, il y avait eu une ou plusieurs fois des vomissemens peu abondans, ou de simples régurgitations de matières acides et amères qui toujours avaient été suivies de soulagement. La soif a varié, et semblait plutôt être en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile, qu'avec l'état de l'estomac; l'épigastre a été, chez 3 malades, le siége d'une douleur notable qui augmentait par la pression, et qui céda seul après l'emploi des évacuans. Chez les trois quarts des sujets il y avait de la constipation; chez les autres, il y eut quelques selles liquides peu abondantes, et ayant lieu ordinairement sans exciter de coliques. Chez un bon tiers des malades enfin, le teint était blême ou jaunâtre, plus ou moins souffrant; chez les autres, le facies était naturel, et ne s'éloignait pas des caractères qu'il présente dans les pneumonies franches.

M. Martin Solon (1), répétant les expériences de Baglivi (2) et de Berzélius (3), a vu, comme ces auteurs, que lorsque l'urine contient les matériaux de la bile, si on la traite par l'acide nitrique, on produit aussitôt dans ce liquide une couleur verte plus ou moins foncée. M. Martin Solon paraît se fonder surtout sur ce caractère de l'urine pour diagnostiquer l'état bilieux et établir l'indication de l'emploi des purgatifs. Ce médecin dit, en effet, que l'acide nitrique projeté dans l'urine, et dans le sérum du sang, a déterminé dans ces deux liquides une colora-

(1) De l'*Albuminurie*, Paris, 1838, p. 432.

(2) *Opér. méd.*, p. 438.

(3) *Traité de Chimie*. Paris, 1833, t. 7. p. 436.

tion verte, tandis que ni les symptômes notés du côté de l'appareil digestif, ni l'aspect du facies, n'auraient pu établir suffisamment l'existence de l'état bilieux. Mais les faits rapportés par M. Martin Solon n'ont pas, sous le point de vue thérapeutique, toute la valeur que cet habile médecin leur reconnaît. Pour le moment, je ferai observer que la présence des élémens de la bile dans le sérum du sang et dans l'urine, ne saurait à lui seul, ni caractériser ce qu'on nomme l'*état bilieux*, ni surtout être la source d'une indication thérapeutique un peu positive.

D'ailleurs la présence de la bile dans l'urine est un phénomène que je ne crois pas très fréquent, non-seulement je ne l'ai pas constaté chez 4 malades affectés de pneumonie bilieuse, mais encore je n'en ai trouvé aucun vestige dans l'urine de 15 autres sujets qui éprouvaient tous les symptômes de cette forme de l'embarras gastrique qu'on nomme bilieux. Enfin, chez 4 des malades qui eurent un ictère intense dans le cours d'une pneumonie, et dont l'urine fut traitée chaque jour par l'acide nitrique, je n'ai jamais pu déterminer de précipité ou de coloration verdâtre. Il faut, en effet, pour que l'acide nitrique produise ce résultat, que la bile soit en quantité assez considérable dans l'urine; car, dans le cas contraire, il faudrait avoir recours à l'emploi combiné du microscope et des réactifs, et suivre, dans ces expériences délicates, les précautions qui ont été indiquées par M. le docteur Donné (1).

C'est surtout dans les pneumonies bilieuses, que la marche de la maladie est subordonnée au traitement. On verra bientôt avec quelle rapidité on modifie l'état général et local lorsqu'on saisit à propos l'indication évacuante. Dans le cas contraire, la maladie suit la marche ordinaire, ou bien des accidens fâcheux se déclarent; c'est ainsi que chez 2 des malades, des symptômes typhoïdes graves succédèrent aux phénomènes bilieux, parce qu'on avait négligé le traitement rationnel. Il paraît que le passage de la pneumonie à l'état typhoïde, a été fréquemment observé, surtout dans les cas où la maladie régnait épidémiquement, et lorsqu'on ne savait pas saisir à propos l'indication évacuante.

Après avoir décrit les symptômes propres à la forme bilieuse,

(1) *Tableau synop. sur les dépôts de l'urine.*

et avant de rechercher le rapport qui peut exister entre la pneumonie et l'état bilieux, nous allons rechercher s'il est quelques circonstances individuelles ou extérieures qui favorisent, comme on l'a dit, le développement des pneumonies bilieuses.

1° *Influence de l'âge.* La pneumonie bilieuse existe surtout dans la jeunesse et l'âge adulte; les malades chez lesquels je l'ai observée avaient de vingt à cinquante-sept ans, et la moitié d'entre eux était comprise dans la période de vingt à trente. Quoique les auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de la pneumonie des enfans et des vieillards, ne parlent pas de la forme bilieuse de cette maladie, il paraît cependant, d'après les recherches de N. Potter, professeur à l'université de Maryland (1), et du docteur Garvin (2), qu'on peut l'observer aux deux extrêmes de la vie; mais ces auteurs ont reconnu, qu'elle s'y montre plus rarement que dans les autres âges.

2° *Sexes et races.* D'après les médecins que je viens de citer, la pneumonie bilieuse serait plus commune chez l'homme que chez la femme, et mes observations le confirment, puisqu'elles appartiennent toutes à des individus du sexe masculin.

Les auteurs américains ont vu également que les sujets de la race nègre y étaient moins exposés que les blancs.

3° *Constitutions, tempéramens.* D'après les faits que je possède, la pneumonie bilieuse affecterait indifféremment toute les constitutions; quant à l'influence des tempéramens, elle est probablement nulle : toutefois, le plus grand nombre des malades portaient les attributs d'un tempérament mixte, lymphatico-sanguin. Je n'en ai vu aucun qui présentât cette réunion de caractères qu'on a dit caractériser le tempérament bilieux.

4° *Climats, pays, saisons.* Nous ne possédons aucun renseignement positif sur l'influence des climats dans la production des pneumonies bilieuses. On voit cependant assez généralement qu'elle est plus commune dans les pays chauds. Toutefois, les observations les plus nombreuses qui ont été publiées sur cette affection ont été recueilies dans des pays tempérés ou plus ou moins froids; c'est ainsi que Stoll l'a vue régner à Vienne, et

(1) *Baltimore méd. and surgi, journ. and Review, january* 1834.
(2) *Southern méd. and surgi, journ. of,* 1837.

nous avons dit aussi qu'elle s'était probablement montrée fréquemment dans les diverses provinces de la France ; enfin, d'après les recherches du docteur N. Potter, elle existerait fréquemment dans divers états de l'Amérique du nord, et surtout dans ceux où, indépendamment de l'influence délétère des malaria, on observe encore des variations brusques de température, circonstances qui donnent à la maladie les caractères les plus prononcés et la forme la plus grave. C'est pourquoi dans les états du centre de l'Union, tous les phénomènes sont extrêmement développés, tandis que dans les états situés à l'est, la maladie est beaucoup moins caractérisée. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que d'après le docteur Potter, la pneumonie bilieuse deviendrait depuis quelques années très commune dans les pays où auparavant elle était presque inconnue. Ainsi, dans l'état de Persey, et sur les rives de la Ware, elle est devenue plus commune depuis vingt ou trente ans ; il en est de même au midi de Potomac et dans tous les anciens établissemens du sud, où on l'observe maintenant très fréquemment, et où elle revêt facilement la forme typhoïde. La même disposition existe pour les états du sud-ouest.

On a dit que la pneumonie régnait plus particulièrement pendant la saison chaude. Si je consulte à ce sujet les dix faits que j'ai moi-même recueillis, je trouve que quatre ont été observés dans les mois de mai et de juillet, deux le furent en avril, enfin les quatre autres ont été vus en janvier et mars; d'où il suit que la pneumonie bilieuse s'est montrée avec une égale fréquence pendant des mois chauds (mai et juillet) et pendant des mois plus ou moins froids (janvier, février, mars); ce qui semble devoir faire élever quelque doute sur l'influence que les auteurs ont attribuée à une température élevée pour la production des pneumonies bilieuses. D'ailleurs mes observations sont confirmées par les résultats que Stoll avait déjà obtenus ; c'est ainsi que si on lit la relation des maladies qui régnèrent à Vienne pendant l'année 1776, on voit que les pneumonies bilieuses ne se montrèrent ni en été ni pendant l'automne, mais qu'elles furent observées par Stoll à la fin de l'hiver et pendant le printemps.

5° *Conditions hygiéniques*. — D'après J. Frank (1), la pneu-

(1) *Prax.* Part. II, vol. II, p. 549.

monie affecterait surtout la forme bilieuse chez les individus mal nourris, ou qui font des excès, ou bien chez ceux qui ont éprouvé des chagrins. Mes malades ne paraissent pas avoir été soumis à aucune de ces conditions fâcheuses, à l'exception pourtant de deux d'entre eux qui se nourrissaient mal, et qui se livraient fréquemment à des excès alcooliques. D'après le docteur Garvin il paraîtrait aussi que la pneumonie bilieuse affecterait plus spécialement les individus qui ont éprouvé des fièvres intermittentes automnales. Suivant le même auteur, les sujets qui sans avoir contracté les fièvres d'accès, ont cependant été exposés aux émanations marécageuses, y seraient aussi plus sujets que ceux qui ont vécu dans des lieux salubres.

6° *Causes occasionnelles.* — La pneumonie bilieuse a, chez presque tous mes malades (les trois quarts), été consécutive à l'influence du froid. Celui-ci doit probablement agir dans la production de beaucoup de pneumonies bilieuses, soit sporadiques, soit épidémiques. Quant à la cause réelle qui fait prédominer les symptômes bilieux dans une pneumonie, il faut le plus souvent invoquer l'intervention d'une influence générale, inconnue, qui imprime aux maladies qui sévissent à une certaine époque, une physionomie ou un cachet particulier. C'est en effet à cette constitution *stationnaire ou fixe*, qu'il faut rapporter ce grand nombre de pneumonies bilieuses qui furent peut-être observées assez généralement en Europe, depuis 1776 jusqu'au commencement de ce siècle. D'autres fois le caractère bilieux a eu une durée plus courte ; on en rapporte alors le développement à quelque influence de constitution annuelle. C'est ainsi qu'on a dans ces cas, accusé les qualités de l'atmosphère, les vicissitudes atmosphériques, la direction des vents, etc., toutes circonstances qui, comme je l'ai dit précédemment, ne sauraient rendre compte de la fréquence de certaines maladies dans un temps donné, et moins encore du génie particulier que chacune d'elles présente.

Ainsi la pneumonie bilieuse est une de ces affections qui naît le plus souvent sous l'influence des constitutions épidémiques *stationnaires* ou *temporaires* dont je viens de parler. C'est ce qui explique sa fréquence à certaines époques, et sa rareté dans d'autres. Il paraît que depuis 1804 elle n'a guère été rencontrée à Paris qu'à l'état sporadique. Ainsi Laënnec qui en avait observé

de fréquens exemples quand il suivait la clinique de Corvisart, écrivait à la fin de sa carrière, que depuis vingt-trois ans, il n'en avait pas rencontré dans sa pratique de cas bien caractérisés (1).

7° *Côté affecté.* — M. Bouillaud a prétendu (2) trouver un rapport entre le siége de la pneumonie et la forme que celle-ci affectait. Ainsi il pense que la pneumonie droite est celle qui s'accompagne le plus fréquemment de phénomènes bilieux. M. Bouillaud est porté à admettre, qu'alors la phlogose s'est étendue par contiguité à la séreuse qui revêt le foie, et peut-être aussi à la couche la plus superficielle de la substance de cet organe. A l'appui de son assertion, le professeur de la Charité dit, que les douze cas de pneumonie qui lui ont offert des symptômes bilieux pendant l'année 1836, occupaient *toutes sans aucune exception le poumon droit.* Mais je viens de prouver qu'aucune des observations que M. Bouillaud a recueillies dans sa clinique, n'offre un exemple incontestable de pneumonie bilieuse. D'ailleurs plusieurs pneumonies du côté gauche, et notamment les onzième, quatorzième et vingt-troisième observations, ont été accompagnées d'un ou plusieurs symptômes bilieux, qui ne peuvent pas, il est vrai, caractériser suivant nous une pneumonie bilieuse, mais ils auraient été suffisans pour M. Bouillaud s'ils avaient coïncidé avec une phlegmasie du poumon droit. On voit donc que ce professeur ayant analysé ses observations incomplètement, en a tiré des conclusions absolues, et qui seraient démenties par les faits mêmes qu'il invoque, si ces faits étaient exacts, et ne constituaient eux-mêmes des erreurs de diagnostic.

Si j'étudie mes observations particulières, pour connaître l'influence que le siége de la pneumonie a pu exercer sur la production des symptômes bilieux qui ont coïncidé avec elle, je vois que sur les dix cas que j'ai recueillis, six seulement siégeaient à droite et quatre à gauche, ce qui est loin d'indiquer une plus grande tendance des pneumonies droites que des pneumonies gauches, à se compliquer de symptômes bilieux, puisque nous avons vu que les premières sont naturellement beaucoup plus fréquentes que les secondes. La pneumonie occupait le sommet

(1) T. I, p. 542.

(2) *Clin. médicale*, t. II; p. 138,

d'un des poumons chez six malades ; chez quatre elle était limitée à la base, et parmi ces derniers, trois fois la pneumonie siégeait à gauche, ce qui démontre qu'on ne saurait expliquer avec M. Bouillaud, l'apparition des symptômes bilieux par une extension de la phlegmasie du poumon au foie, opinion d'ailleurs que ce médecin n'a appuyée sur aucune preuve.

*Nature de la maladie.* — Quelle valeur attribuer à l'embarras gastrique, quel est surtout son rapport avec la phlegmasie pulmonaire? Doit-on supposer avec les anciens médecins humoristes, et avec Stoll en particulier, que ce soit la bile en nature qui, pénétrant dans le torrent circulatoire, va agir directement sur les poumons pour les enflammer? Rien ne pourrait justifier une pareille assertion; car dans le plus grand nombre des cas, l'état bilieux ne se révèle que par un trouble particulier du côté des voies digestives, sans que les élémens de la bile imprégnent les solides, ou se trouvent dans les fluides. Ajoutons aussi que chez presque tous les malades les phénomènes bilieux se développent en même temps que les symptômes de pneumonie, ou bien ils sont consécutifs à ces derniers. On serait donc porté à croire que l'embarras gastrique ou l'état bilieux, constituent une simple complication de la pneumonie, qui augmente l'état de malaise qui l'accompagne, et pourrait exercer sur sa marche une influence défavorable. Cependant en considérant les résultats heureux, on pourrait presque dire merveilleux de la méthode évacuante, il semblerait naturel de supposer qu'il existe un rapport plus intime entre l'état bilieux et la phlegmasie du poumon, puisque nous avons vu plusieurs fois qu'il a suffi d'enlever *l'élément bilieux* pour faire disparaître aussitôt ou peu de temps après, l'élément inflammatoire.

Je termine ici ce que j'avais à dire sur la pneumonie bilieuse. Lorsque j'exposerai le traitement de cette forme de la maladie, je rapporterai quelques observations, pour prouver l'efficacité de la méthode évacuante, et ces faits compléteront alors la description que je viens de donner.

### § II. *Pneumonie typhoïde.*

Il y a une forme de pneumonie fort importante à bien connaître, et dans laquelle les malades qui en sont atteints présen-

tent cette série de symptômes généraux qu'on observe dans les fièvres continues ou de mauvais caractère. Les auteurs anciens lui ont donné les noms de *pestilentielle*, *nerveuse*, *putride*, *asthénique*, *adynamique*, *ataxique*, *maligne*, *érysipélateuse*, *typhode* ou *typhoïde*. Depuis la célèbre épidémie qui, en 1348, dévasta toute l'Europe (1), et que quelques-uns regardent comme un exemple de pneumonie pestilentielle, les médecins de toutes les époques ont donné l'histoire de plusieurs autres épidémies, qui ont sévi dans diverses parties du globe. Quoique ces relations soient toutes fort incomplètes, quoique les auteurs privés de nos moyens d'exploration, aient dû confondre sous une même dénomination des maladies fort différentes, on peut cependant se convaincre d'après leurs descriptions, que dans la plupart des cas, il existait réellement une phlegmasie du parenchyme pulmonaire, puisqu'on trouve comme symptômes à peu près constans, le point de côté, l'oppression, la toux, les crachats visqueux, sanguinolens ou jaunes (*subflava*); j'ajouterai enfin que souvent le diagnostic fut confirmé par les ouvertures cadavériques.

Les médecins contemporains, et surtout les auteurs français, ont généralement négligé l'étude de la pneumonie typhoïde; tandis qu'en Angleterre, elle a été le sujet de quelques travaux : ainsi le docteur Hudson (2) en a fait l'objet d'un mémoire qu'il a publié dans le journal de Dublin, travail qu'il ne m'a pas été possible de me procurer, et W. Stockes (3), dans son ouvrage, a présenté sur la même affection, quelques considérations importantes.

Parmi les observations que je possède, il en est quinze dans lesquelles la maladie a affecté la forme typhoïde; c'est d'après leur analyse et leur comparaison que je ferai l'histoire de cette espèce de pneumonie, que je considèrerai à l'état sporadique et à l'état épidémique. Pour ce dernier, je me servirai d'une excellente relation d'épidémie de pneumonie typhoïde, qui régna pendant l'année 1836 dans le village de Noyers (Ardennes), relation qui a été faite par le docteur Eug. Torchet, ancien interne des hôpi-

(1) *Schekii*, obs., lib. 6, p. 855; *et schol od obser*. 46.

(2) *Dublin journ.*, vol. 7.

(3) *Loc. cit.*, p. 558 et seq.

taux de Paris, et que M. le professeur Piorry a eu raison de citer avec éloge dans son rapport sur les épidémies de France (1).

J'aurais pu réunir un plus grand nombre de cas de pneumonies typhoïdes, si, à l'exemple de M. W. Stockes (2), j'avais voulu me servir des observations de pneumonies secondaires qui étaient survenues dans le cours du *typhus fever*, de la fièvre typhoïde, ou des érysipèles de mauvais caractère, des phlegmons diffus, de la phlébite. Évidemment, dans tous ces cas, la pneumonie ne constitue qu'une lésion secondaire, ou qu'un épiphénomène; elle est encore la conséquence d'une maladie générale, d'une infection de toute l'économie, et c'est à celle-ci qu'il faut rapporter tous les symptômes qu'on observe. Il faut donc se borner à considérer comme typhoïdes les pneumonies *primitives*, et qui, en raison des conditions individuelles ou atmosphériques, déterminent cette série d'accidens, qu'on rencontre dans les fièvres graves ou typhoïdes.

*Début.* Je dirai bientôt que la pneumonie typhoïde paraît se développer sous l'influence de causes qui ont agi longuement et lentement sur l'organisme. La manière dont la maladie débute le plus souvent, vient jusqu'à un certain point, confirmer cette opinion. Chez plus des deux tiers de mes malades, j'ai en effet observé des symptômes précurseurs qui ont duré d'un à quinze jours, et dont la plupart se sont prolongés pendant cinq ou six jours. La céphalalgie, le malaise général, et surtout un anéantissement des forces, étaient des phénomènes constans, c'étaient aussi ceux qui avaient le plus incommodé les malades; la fièvre était nulle ou peu considérable; chez quatre il y eut des épistaxis et un peu de dévoiement; tout faisait craindre chez ces sujets le développement d'une fièvre typhoïde; à laquelle leur âge et leur arrivée récente à Paris paraissaient les prédisposer.

Ce que je viens de dire pour l'état sporadique paraît être également vrai lorsque la pneumonie typhoïde règne épidémiquement; ainsi M. Torchet a vu rarement l'invasion de la maladie être brusque; elle était presque toujours annoncée par un

(1) *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, Paris, 1838, t. VII, p. 149.

(2) *Loc. cit.*, p. 339

malaise général, de la courbature, de la tristesse, des frissons, de la fièvre, une toux légère, la perte d'appétit, le dérangement dans les évacuations alvines, une céphalalgie susorbitaire. Ce dernier phénomène était presque constant. Dans quelques cas, l'influence épidémique était bornée à ces symptômes, qui cédaient au bout de quelques jours ; mais généralement ils étaient remplacés par les symptômes de la pneumonie.

La maladie peut revêtir d'emblée la forme typhoïde ; d'autres fois celle-ci succède à des symptômes franchement inflammatoires : ainsi les malades éprouvent une vive douleur dans un des côtés ; l'oppression est grande, le pouls est large et fréquent, le sang qu'on retire de la veine est riche ; son caillot est dense et couvert d'une couche épaisse ; il a en un mot tous les signes d'une vive réaction. C'est ce que j'ai observé chez trois de mes malades, et M. Torchet l'a également noté plusieurs fois dans l'épidémie de Noyers ; mais dans la plupart des cas, les malades présentent même dès le début, des symptômes bien différens qui indiquent une altération plus ou moins profonde dans les fonctions du système nerveux. Celle-ci se révèle tantôt par un trouble considérable dans les fonctions de relation, tels que délire, coma ou convulsions, tantôt par un affaiblissement considérable de la contractilité musculaire, et une prostration extrême des forces ; je donnerai à la première variété le nom de pneumonie typhoïde *ataxique ;* la seconde constitue la pneumonie typhoïde *adynamique.*

La forme *ataxique* a prédominé chez cinq malades, c'est-à-dire chez un tiers. Une fois, il y a eu un délire violent ; le malade poussait des cris, des vociférations ; il frappait, injuriait les personnes qui l'approchaient ; le délire commença presque brusquement après une amélioration apparente dans la plupart des symptômes généraux et locaux. Chez les autres malades, le délire était paisible, il alternait avec l'assoupissement, et dans un cas il s'accompagna pendant plusieurs heures d'une raideur tétanique avec insensibilité des membres. Chez ces derniers sujets, la perversion des facultés intellectuelles coïncidait avec les symptômes propres à la forme adynamique.

Celle-ci était la plus fréquente ; l'adynamie survenait chez un bon tiers des malades dès le début de la pneumonie ; parfois même elle la précédait, et constituait, comme je l'ai dit plus

haut, les phénomènes prodromiques les plus remarquables. Chez les autres, les symptômes d'adynamie ne se déclaraient, du moins à un certain degré, que vers le cinquième jour ou à la fin du premier septénaire. Les symptômes adynamiques sont plus ou moins intenses; lorsque la maladie est bien dessinée, les traits sont immobiles, la face porte l'empreinte de la stupeur, les malades restent constamment couchés sur le dos, leur faiblesse est très grande, la contractilité musculaire est tellement altérée, qu'ils ne peuvent rester debout ou marcher sans être soutenus par des aides; quelques-uns même sont tellement prostrés qu'ils ne peuvent parvenir à se mettre sur leur séant, ou bien, si on vient à les asseoir dans leur lit, et si on les abandonne à eux-mêmes, ils perdent aussitôt l'équilibre et retombent sur leur oreiller comme une masse inerte. J'ai observé cette prostration portée à ce degré chez une jeune fille de dix-neuf ans, qui a guéri. Chez tous les vieillards, et dans un cas chez un sujet encore jeune, la langue se desséchait, elle finissait même par devenir noirâtre, feudillée, et les dents se couvraient de fuliginosités comme chez les sujets atteints de fièvres graves. Dans ces cas, je n'ai jamais constaté de ballonnement du ventre. Trois fois il y eut un peu de diarrhée fétide sans coliques.

Le pouls n'était jamais au-dessous de 96 pulsations; dans les derniers temps, sa fréquence s'élevait jusqu'à 120 battemens. Dans ce dernier cas, il était petit, faible, dépressible, parfois intermittent; chez quelques malades, à une époque où déjà la prostration était grande, j'ai été frappé de trouver un pouls dur, parfois dicrote et résistant. Si dans ces cas on faisait une saignée, le caillot était dense et recouvert d'une couenne; une pareille remarque avait été faite autrefois par Huxham.

Si on examine ce qui se passe du côté des organes respiratoires, on trouve une oppression en général assez considérable; il y a une douleur dans un des côtés de la poitrine, elle n'a manqué dans aucun cas, mais elle était généralement diffuse et moins intense que dans les pneumonies ordinaires; quant aux phénomènes stéthoscopiques, il n'y a rien de bien particulier à noter. Dans la plupart des cas, on observe de la crépitation ou du souffle tubaire, suivant le degré auquel la maladie est déjà parvenue. Cependant, lorsque la prostration était très grande, j'ai vu chez plus de la moitié des malades, ces phéno-

mènes présenter quelques modifications importantes à connaître. Ainsi, dans le premier degré, la crépitation était plus grosse, plus rare, plus humide, ou bien l'absence de toute espèce de bruit naturel ou morbide au niveau des parties malades, était le seul phénomène qu'on pût constater. Mais en général, dans ce cas, si on fait faire aux malades une inspiration profonde, ou si surtout on les fait tousser, on perçoit alors un peu de crépitation, et le plus souvent même du souffle. Toutefois, chez une vieille femme de soixante-dix ans, chez laquelle la prostration était portée au plus haut degré, il ne fut possible, pendant les huit jours qu'elle fut soumise à mon observation, de constater au niveau des portions hépatisées, qu'une crépitation obscure, dont les bulles étaient rares, incomplètes et semblaient exister profondément.

Lorsque la pneumonie typhoïde règne seulement à l'état sporadique, il est rare d'observer une prostration aussi complète, à moins pourtant que la maladie n'affecte des individus déjà très débilités, ou des sujets infirmes et avancés en âge. C'est ainsi qu'à l'hospice de la Salpêtrière, la forme *adynamique* ou *ataxo-adynamique* de la pneumonie sévit sur les vieilles femmes de cet établissement ; elle affecte aussi les jeunes filles que des infirmités ont fait admettre dans cet hospice. Toutefois, chez celles-ci la prostration est moins grande que chez les premières ; mais les désordres du système nerveux sont plus tranchés ; la forme ataxique l'emporte sur l'adynamique (1).

Toutes choses étant égales d'ailleurs, les symptômes typhoïdes sont beaucoup plus marqués lorsque la pneumonie sévit épidémiquement, ou lorsqu'elle règne sous l'influence de certaines constitutions médicales; ainsi, je n'ai jamais vu les symptômes adynamiques et ataxiques être aussi tranchés que pendant l'épidémie de grippe de 1837. Dans l'épidémie décrite par le docteur Torchet, les symptômes typhoïdes ont été portés à leur summum d'intensité chez plus du quart des malades, qui étaient d'une constitution débile, et avaient été épuisés antérieurement par la misère, les privations, le travail. Chez eux les traits du visage portaient l'empreinte d'une stupeur profonde, les yeux étaient fixes, hagards, enfoncés dans l'orbite, les pupilles im-

(1) *Arch.*, 2e série. t. XII, p. 172.

mobiles, dilatées ou contractées; l'ouïe était diminuée ou abolie; les membres étaient agités de tremblemens, de soubresauts ou de mouvemens désordonnés ; la somnolence était continuelle, ou bien elle alternait avec de l'agitation et un délire tranquille; quelques malades avaient des hallucinations; ils répondaient juste mais lentement aux questions qu'on leur adressait. Du côté des organes digestifs, la langue était tremblante, parfois dure, noire, brune, raccornie, fendillée ; les dents étaient encroûtées d'un enduit sec et brunâtre, mais dans la plupart des cas, les lèvres, la langue, les dents avaient leur couleur, et leur humidité normale. On a vu, dans quelques cas, la déglutition se faire péniblement, le ventre en général plat, était rarement le siége de météorisme et de gargouillement ; plus souvent, les malades éprouvaient des coliques suivies de selles liquides, bilieuses ou roussâtres, et quelquefois involontaires. Il y a eu tantôt incontinence d'urine, tantôt au contraire rétention de ce liquide. Le pouls était en général petit, fréquent et dépressible; mais chez quelques sujets qui étaient dans un état comateux, le pouls, devenu plus lent, battait moins de cinquante fois par minute; la peau était le siége d'une chaleur vive, sèche et insupportable pour les malades; on y remarquait quelquefois des pétéchies ou des ecchymoses, et les tégumens qui recouvrent les saillies osseuses furent quelquefois frappés de mortification. Au milieu d'un appareil de symptômes aussi graves, les troubles des fonctions respiratoires n'avaient qu'une importance secondaire. En effet, la toux était rare et sèche, la sécrétion des crachats semblait suspendue ; si le malade en rejetait quelques-uns, ils étaient blanchâtres, sans viscosité, étaient rarement rouillés ou jus de pruneaux.

La gravité des symptômes typhoïdes n'a aucun rapport certain avec l'étendue de la pneumonie. Si j'en jugeais seulement d'après les faits que j'ai observés, je dirais même que l'intensité des symptômes typhoïdes, a été presque toujours en raison inverse de l'espace que la pneumonie occupait; circonstance qui doit faire admettre que l'inflammation pulmonaire ne constituait alors qu'un épiphénome, qu'elle était la conséquence de quelque altération générale des solides ou des liquides de l'économie.

Lorsque la maladie se terminait par la guérison, on observait une diminution progressive dans les accidens les plus graves. Je n'ai pu remarquer aucun phénomène critique; il est vrai que l'examen de l'urine a toujours été négligé. La pneumonie typhoïde s'accompagnant d'une grande prostration des forces, la nutrition étant profondément pervertie, toutes les fonctions étant frappées de langueur et d'atonie, il semblerait naturel de supposer que la résolution de la pneumonie dût s'opérer beaucoup plus lentement que dans les cas où la phlegmasie a été accompagnée pendant tout son cours, par des symptômes franchement inflammatoires. M. Stockes a soutenu cette opinion (1), et il ajoute que tous les cas de rétraction thoracique qu'il a vus à la suite des pneumonies, ont été rencontrés par lui consécutivement à des pneumonies typhoïdes; le retrait du thorax lui semble dans ces cas, résulter du peu d'activité de la résolution dans la forme typhoïde de la maladie. J'ai dit précédemment, que tout me portait à croire que le rétrécissement du thorax consécutif à une pneumonie, dépendait uniquement de ce que cette affection s'était compliquée d'un épanchement pleurétique, toujours long à se résorber. Quant à moi, je n'ai pas observé que le poumon revînt plus lentement à son état normal après la pneumonie typhoïde, qu'après toute autre forme de la maladie. Un tiers des malades ne présentait plus aucun phénomène morbide, stéthoscopique ou de percussion, lorsqu'ils ont quitté l'hôpital; chez les autres, il y avait encore un peu d'obscurité ou seulement un peu moins d'élasticité; le bruit respiratoire était plus faible; mais ces phénomènes n'étaient pas plus marqués ni plus fréquens chez ces malades, que chez ceux qui étaient convalescens d'une pneumonie inflammatoire ou bilieuse. Toutefois, je ne puis parler ici que des pneumonies que j'ai observées, et dans lesquelles les symptômes d'adynamie, quoique très marqués, n'ont pourtant pas été portés à un degré extrême comme chez les malades de M. Torchet. Il est très possible en effet que si j'eusse observé des pneumonies pareilles à quelques-unes de celles qui régnèrent à Noyers en 1836, j'aurais peut-être noté que la résolution de l'engorgement pulmonaire se faisait beaucoup plus lentement que dans les autres

(1) *Loc. cit.*, p. 336.

espèces de pneumonie. Mais ici la théorie ne saurait suppléer à l'observation des faits.

Après avoir décrit les symptômes et la marche de la pneumonie typhoïde, il nous reste à rechercher quelles sont les causes individuelles ou extérieures qui peuvent en favoriser le développement.

1° *Age.* Les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de l'enfance, ne disent pas si à cet âge la pneumonie revêt fréquemment la forme typhoïde. D'après les faits que j'ai moi-même recueillis, il semble résulter, que cette variété de la pneumonie se montrerait surtout de dix-huit à trente ans, et de cinquante-cinq à soixante-dix ans, et à peu près également chez les sujets appartenant à ces deux catégories, tandis qu'elle serait beaucoup plus rare dans l'âge adulte. La constitution épidémique peut modifier ce résultat. C'est ainsi que dans l'épidémie, décrite par M. Torchet, la maladie montra une sorte de prédilection pour les enfans et les jeunes gens; puisque sur 124 malades dont ce médecin a recueilli l'histoire, le plus grand nombre ou 91 appartenaient à des sujets ayant moins de vingt-cinq ans; 45 d'entre eux étaient au-dessous de quinze ans.

2° *Sexe.* La pneumonie typhoïde semble être également beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, puisque sur mes 15 malades, 14 appartiennent au sexe masculin. Toutefois, dans les épidémies on peut observer le contraire. Ainsi M. Torchet a vu, que dans l'épidémie de Noyers, les femmes avaient été affectées en plus grand nombre que les hommes, tandis qu'une pneumonie typhoïde qui, vers le milieu du siècle dernier, sévit à Valenciennes, n'affecta guère que les soldats de la garnison (1).

3° *Constitution, tempérament.* Les onze douzièmes de mes malades étaient d'une constitution grêle et chétive, d'un tempérament lymphatique; un seul était doué d'une forte constitution et avait les attributs du tempérament sanguin. Des résultats à peu près semblables ont été obtenus par M. Torchet.

3° *Conditions hygiéniques.* Un tiers de mes malades avait été affaibli par des privations, des chagrins, des excès ou des maladies antérieures; trois faisaient fréquemment des excès al-

(1) *Journ. de méd.*, sept. 1757.

cooliques. Ces diverses causes exercent surtout une grande influence dans la production des pneumonies typhoïdes épidémiques ; c'est ce que M. Torchet a observé dans l'épidémie de Noyers. Le docteur Mackintosh (1) a vu également une forme typhoïde dominer pendant la guerre, parmi les troupes cantonnées sur les côtes, et dans les garnisons où le service était pénible. Les soldats étaient alors souvent frappés pendant la faction de la nuit, et la maladie sévissait spécialement chez ceux qui faisaient abus des liqueurs alcooliques. Les recherches de M. W. Stockes (2) semblent également démontrer que la pneumonie typhoïde est fréquente chez les ivrognes ; l'habile médecin de Dublin paraît en effet l'avoir vue fréquemment chez les sujets atteints de *delirium tremens*.

Tout ce qui précède explique pourquoi la pneumonie typhoïde est observée plus fréquemment dans les hôpitaux que dans la pratique privée ; elle se montre parfois à l'état sporadique ou épidémique dans les hospices de vieillards (3), et tout porte à croire que la fièvre adynamique que Pinel présentait comme endémique à la Salpêtrière, n'était dans la plupart des cas qu'une variété de la pneumonie typhoïde.

4° *Pays, saisons*. La pneumonie typhoïde est fréquente à Dublin ; elle y règne parfois épidémiquement ; elle est moins fréquente à Paris, du moins dans les hôpitaux d'adultes. On l'observe le plus souvent pendant les mois de février et mars, lorsque l'atmosphère est humide et froide.

5° *Causes déterminantes*. Le refroidissement n'a agi comme cause déterminante, que chez deux malades seulement. Si, lorsque la maladie est sporadique, elle se développe le plus souvent spontanément, il en est à plus forte raison de même dans les cas où elle règne épidémiquement. C'est ainsi que M. Torchet observe, que dans l'épidémie dont il a donné l'histoire, les causes occasionnelles sont restées le plus souvent ignorées, et que rarement il a pu constater que la maladie était venue à la suite d'un refroidissement. Il résulte de là, que les phénomènes typhoïdes semblent se développer

(1) *Elements of path.*, 2e édit., vol I, p. 420.

(2) *Loc. cit.*, p. 342.

(3) *Journ. des Connais. méd. chir.*, année 1834, *et archives*, t. XII, p. 170.

sous l'influence d'une prédisposition et de causes dont l'action a été longue et obscure.

6° *Contagion.* Je n'ai observé aucun fait capable de prouver, ou même de faire soupçonner la nature contagieuse de la maladie. Si dans quelques épidémies, on a vu la pneumonie sévir plus spécialement dans certains quartiers; si quelquefois tous les habitans d'une même maison ou des maisons voisines ont été atteints successivement, rien ne prouve que ce soit là un effet de contagion. Dans l'épidémie de Noyers, M. Torchet n'a pu trouver aucun fait favorable à la doctrine de la contagion, quoiqu'il ait fait à ce sujet beaucoup de recherches; il observe qu'une foule de personnes qui avaient avec les malades des rapports journaliers, celles qui les soignaient, les médecins qui les touchaient, qui les auscultaient sans stéthoscope, l'oreille immédiatement appliquée sur leur linge imbibé de sueurs, aucune de ces personnes cependant ne fut atteinte de la maladie régnante.

*Siége.* — Chez les neuf douzièmes de mes malades, la pneumonie occupait le poumon droit, et chez les deux tiers d'entre eux, elle était limitée au lobe supérieur. M. Torchet a observé à peu près la même fréquence des pneumonies droites, puisqu'il a calculé qu'elles existaient dans les neuf dixièmes des cas. M. Stockes au contraire, a noté que les pneumonies typhoïdes qui survenaient chez les ivrognes atteints du *delirium tremens*, occupaient communément le poumon gauche, et particulièrement le lobe inférieur; d'où il a conclu que les pneumonies gauches revêtaient plus fréquemment que les droites (1) la forme typhoïde; assertion qui demanderait à être appuyée de quelque preuve plus positive.

Plus tard, lorsque je rechercherai quel est le mode de traitement qu'on doit employer dans les cas de pneumonie typhoïde, je rapporterai quelques observations particulières pour justifier quelques préceptes de thérapeutique, et dans lesquelles on trouvera le complément de ce que je viens de dire.

### § III. *Pneumonie catarrhale.*

Il existe une forme de pneumonie qu'on doit appeler *catarrhale*, et dans laquelle, indépendamment des modifications im-

(1) *Loc. cit.*, p. 318.

portantes que les symptômes généraux éprouvent, on voit les phénomènes locaux de la phlegmasie des poumons, plus ou moins masqués ou remplacés, par des symptômes propres aux affections catarrhales des bronches.

Cette espèce de pneumonie peut être observée à l'état sporadique, mais je l'ai surtout étudiée sous la forme épidémique pendant la grippe qui règna à Paris dans le mois de février de l'année 1837.

Sous l'influence de la constitution catarrhale qui existait alors, on vit le nombre des pneumonies s'accroître tout à coup, en même temps que la maladie cessait de se présenter avec ses symptômes ordinaires. Frappé tout d'abord de cette circonstance, j'appelai sur elle l'attention des praticiens dans une note que je publiai dans le numéro du 15 février de *la Presse médicale*, et les résultats que j'annonçai furent bientôt confirmés par des observations analogues, faites à l'hôpital de la Pitié, par M. Piorry (1) et à l'Hôtel-Dieu, par MM. Landau (2) et Nonat (3).

La pneumonie catarrhale de la grippe diffère des pneumonies ordinaires franchement inflammatoires, par ses causes, par son début, par ses symptômes et sa marche. L'histoire que je vais tracer résulte de vingt-deux observations de pneumonies catarrhales, dont dix-huit ont été recueillies pendant l'épidémie de 1837.

*Causes.* La pneumonie catarrhale de la grippe débuta toujours sans cause déterminante appréciable; je ne pus constater dans aucun cas, que les malades se fussent refroidis d'une manière quelconque. Cette inflammation des poumons ne survint d'ailleurs jamais au milieu d'un état de santé parfaite. Chez les deux tiers des malades, je la vis se déclarer dans le cours de la grippe, ou pendant la convalescence de cette affection, tandis que chez les autres, elle fut consécutive à une bronchite peu intense, mais qui néanmoins s'accompagnait dès le début d'inappétence, de malaise et d'une grande diminution des forces.

*Début.* Le début de la pneumonie catarrhale épidémique fut en général obscur et difficile à bien préciser ; le frisson ini-

(1) *Gaz. méd.*, 1837.
(2) *Archives*, 3e série, t. I
(3) *Archives gén. de méd.*, 3e série, t. II.

tial manqua complétement chez la moitié des sujets ; chez les autres, il fut en général peu intense, irrégulier. M. Nonat a également remarqué que le frisson avait souvent manqué, ou que du moins il était plus faible que de coutume.

Le point de côté en général peu intense, a existé chez tous les malades sans aucune exception. M. Nonat l'a également noté presque constamment, mais il a vu comme moi, qu'il n'avait pas dans tous les cas une aussi grande intensité qu'à l'ordinaire. La douleur de côté fut le seul symptôme qui nous donnait l'éveil sur l'existence d'une grave complication pulmonaire, et qui nous permit de fixer approximativement le début de la pneumonie. Dans la pneumonie catarrhale sporadique, le point de côté ne nous a rien présenté de spécial, si ce n'est qu'il a été généralement peu intense.

Que la pneumonie catarrhale ait été sporadique ou épidémique, les signes fournis par l'auscultation ont presque toujours éprouvé quelques modifications très importantes à connaître. Ainsi, si j'excepte un seul malade, je n'ai pu, chez aucun autre, constater cette crépitation fine, sèche, à bulles égales, et qui est un signe pathognomonique d'une pneumonie au premier degré. Dans tous les cas, l'auscultation ne faisait percevoir au niveau des parties phlogosées, qu'un râle sous-crépitant à bulles larges, plus ou moins complétement humides, inégales et mêlées le plus souvent à du râle sibilant et à du rhuncus sonore. Dans la plupart des cas le râle sous-crépitant existait à la base et *d'un seul côté*, ou si on le percevait dans les deux côtés du thorax, il était plus fort, plus nombreux, plus étendu dans celui qui était le siége de la *douleur pleurétique.* Toutefois la plupart des personnes qui auscultaient les malades, et nous même, au commencement de l'épidémie, nous regardions ces signes stéthoscopiques comme indiquant seulement l'existence d'une bronchite capillaire; mais je ne tardai pas à me convaincre de mon erreur. Si en effet on venait au bout de quelques heures à ausculter de nouveau les malades, on pouvait s'assurer que le râle sous-crépitant avait été remplacé par du souffle tubaire, et que la pneumonie avait rapidement passé du premier au deuxième degré.

Dans cette forme de la pneumonie, les crachats examinés pendant tout le cours de la maladie ne présentaient plus chez

la plupart des individus (chez quatorze) aucun des caractères propres aux crachats pneumoniques. Ils étaient en effet formés par une matière muqueuse, blanchâtre ou opaque, peu ou point aérés, à peine visqueux; ils étaient tels enfin qu'on les voit dans la plupart des catarrhes pulmonaires aigus. Chez les autres malades, les crachats présentaient les caractères qu'ils ont dans les pneumonies ordinaires.

Quoique la respiration ne fût pas plus accélérée que dans les autres pneumonies, cependant elle s'accompagnait en général d'une dyspnée plus grande, et qui n'était point en rapport avec l'étendue de la phlegmasie, mais je n'ai jamais constaté des accidens véritablement asphyxiques, tels que M. Nonat en a observé plusieurs exemples à l'Hôtel-Dieu. Ce médecin distingué a vu en effet des malades haletans être en imminence de suffocation, bien que leur pneumonie parut limitée à un petit espace; ces accidens ont été plusieurs fois le seul indice qui fit soupçonner la formation de fausses membranes dans les bronches du tissu hépatisé, altération qui a été rencontrée sur plusieurs cadavres pendant le cours de cette épidémie, et que pour ma part je n'ai point observée.

Les phénomènes sympathiques étaient eux-mêmes plus ou moins modifiés; c'est ainsi que le pouls a été constamment moins ample, plus mou, moins résistant que de coutume, et chez la moitié environ des sujets, il n'y avait pas de rapport entre sa fréquence et la gravité des autres symptômes, puisque chez eux il ne dépassa jamais 84 ou 88 pulsations par minute.

Mais c'est surtout du côté du système nerveux qu'on observait les troubles les plus graves. Ainsi quel que fut le degré de la pneumonie, on remarquait chez tous les malades, un état de faiblesse, d'abattement et même de prostration qui donnait à cette affection une physionomie toute particulière. Chez un quart d'entre eux je notai des symptômes bien autrement fâcheux; c'est ainsi que deux succombèrent rapidement après avoir eu un délire violent suivi d'un état de raideur et de contracture; chez les quatre autres, on observa cette série de symptômes généraux qu'on ne rencontre guère que dans la forme adynamique des fièvres graves; tels que prostration extrême, langue sèche, dure, noirâtre ou brune, stupeur profonde des traits, soubresauts des tendons et évacuations invo-

lontaires. Les auteurs qui ont décrit cette grave épidémie, et surtout M. Nonat, ont également noté qu'elle s'accompagnait fréquemment de symptômes adynamiques. Une circonstance qui mérite d'être mentionnée, c'est que dans aucun cas, les symptômes généraux et sympathiques si graves qu'on observait, n'étaient en rapport avec les lésions locales. C'est ce qui prouvait qu'indépendamment de la pneumonie ; il y avait encore un autre élément morbide qui se liait à l'état de la constitution régnante.

Un caractère particulier que présentait la pneumonie grippale, et que je n'ai plus rencontré depuis, c'est l'irrégularité de sa marche. C'est ainsi que chez un quart des malades, j'ai vu l'inflammation pulmonaire, immédiatement après sa naissanee, rester deux, trois et jusqu'à cinq et six jours stationnaire ; les malades ne présentaient que les signes physiques d'une pneumonie au premiër degré, ou même d'une *bronchite capillaire circonscrite*, puis tout à coup la pneumonie passait au deuxième degré, et on voyait alors se développer du côté du système nerveux, les phénomènes sympathiques graves, que j'ai précédemment énumérés.

Aucune des pneumonies grippales n'est restée constamment au premier degré, toutes sans aucune exception, et quel qu'ait été le traitement mis en usage, ont passé au deuxième ou au troisième degré. Une circonstance qui mérite encore d'être mentionnée dans l'histoire de ces pneumonies anomales, c'est que dans les cas où la phlegmasie s'est terminée par résolution, j'ai vu le râle crépitant redux, manquer plus souvent que dans toutes les autres formes de la pneumonie ; c'est ainsi que je n'ai pu le constater chez un quart des malades qui ont guéri, quoiqu'ils aient été auscultés constamment au moins deux fois par jour, et le plus souvent par plusieurs personnes à la fois. Chez les sujets qui ne présentaient pas le râle crépitant de retour, la respiration bronchique était remplacée par un défaut complet d'expansion ou par une simple diminution du bruit respiratoire, mêlé à un peu de rhuncus sibilant et sonore, et parfois, mais rarement et tout à fait passagèrement, à quelques bulles humides de râle sous-crépitant, qui souvent même n'était produit qu'après par les secousses de la toux. Le poumon recouvrait en général très lentement toute sa perméabi-

lité, c'est ainsi que 6 malades que j'ai pu ausculter aux 36e, 37e, 39e et 51e jours, présentaient encore dans les points que la pneumonie avait occupés, de la faiblesse, du bruit respiratoire, une expiration prolongée, rude, et parfois même un peu de crépitation, bien que sous tous les autres rapports, la santé fût parfaite ; plusieurs des malades avaient même pu entreprendre déjà des travaux plus ou moins pénibles.

D'après tout ce qui précède on a pu se convaincre que les pneumonies catarrhales ne sont pas seulement des inflammations pulmonaires compliquées de catarrhe ; mais par les modifications que les autres symptômes locaux éprouvent, et surtout à cause de la physionomie que leur donnent certains symptômes généraux ou sympathiques, elles constituent une des formes les plus remarquables de la pneumonie.

### § IV.— *Pneumonie intermittente et rémittente.*

Plusieurs des médecins qui ont écrit sur les fièvres périodiques, et surtout sur les fièvres pernicieuses, ont rapporté un certain nombre d'observations pour prouver que dans quelques cas, la pneumonie a pu se montrer avec un des types propres aux fièvres intermittentes. Ainsi Morton (1) dit avoir vu fréquemment, que la fièvre intermittente pernicieuse se masquait sous la forme d'une pneumonie ou d'une pleurésie extrêmement grave. J. Frank (2) rapporte aussi qu'il a observé assez souvent des pneumonies périodiques, dont les accès étaient séparés par des apyrexies de 6, 8 et quelquefois 24 heures. Le même auteur ajoute qu'un de ses malades, atteint d'une fièvre tierce doublée, avait des accès qui étaient marqués tous les deux jours par des symptômes de pneumonie. En France, un assez grand nombre d'auteurs ont rapporté des faits analogues; ainsi le docteur Mouton a publié dans les *Annales cliniques de Montpellier*, (3) une observation qu'il a intitulée : *Pneumonie intermittente*, qui affectait le type quotidien. M. Arloing a également rapporté dans le *Journal général de médecine* (4) l'histoire de deux

(1) Rich. Morton, *opera Med. hist.* XXI. Lugduni 1737.
(2) *Loc. cit.*, vol. II, p. 352.
(3) T. XXVII, p. 135, année 1812.
(4) T. LVIII.

pneumonies intermittentes, dont l'une aurait affecté le type tierce, tandis que l'autre aurait été l'exemple unique peut-être dans la science, d'une pneumonie intermittente quintane. Parmi les médecins plus modernes, nous trouvons Laënnec, qui a vu deux fois au moins, la pneumonie constituant le symptôme prédominant d'une fièvre pernicieuse ; dans ces cas la maladie était caractérisée par un râle crépitant très intense et des crachats glutineux (1). Alibert (2) admettait aussi l'existence de fièvres pernicieuses, intermittentes, pneumoniques ou pleurétiques, moins sans doute par son expérience personnelle, que d'après l'autorité des auteurs qui l'avaient précédé. Le docteur Fleury dit avoir vu assez fréquemment cette forme de la pneumonie à Rochefort, et il en rapporte une observation détaillée, recueillie chez un forçat (3). M. le docteur Chauffart, d'Avignon, a aussi avancé que dans le midi de la France on observait beaucoup de fièvres intermittentes pernicieuses, accompagnées de phlegmasies thoraciques, assertion d'ailleurs en faveur de laquelle cet auteur n'a fourni aucune preuve (4). Le docteur Bonnet, de Bordeaux, dans son Traité des fièvres intermittentes (5), cite deux faits comme étant, d'après lui, des exemples de pneumonie intermittente pernicieuse, affectant le type quotidien. Enfin MM. Delourmel (6), Roche et Buquoi (7), Cazentre, de Bordeaux (8), et plus récemment M. Maillot (9), ont également rapporté des faits de pneumonie intermittente. J'ai étudié la plupart de ces observations particulières, et j'ai pu me convaincre que, si on en excepte celles que MM. Delourmel, Roche et Maillot ont rapportées, et peut-être aussi celles de MM. Bonnet, Fleury et Cazentre, toutes les autres ne sauraient être considérées comme des exemples bien authentiques de pneumonies intermittentes ; car le diagnostic n'a pas été suffisamment établi. C'est ainsi que Morton,

(1) *Traité des fièv. pern.*, Paris 1820, p. 57.
(2) *Auscul.* t. I, p. 591, 4e édit,
(3) *Jour. gén.*, tom. 54, p. 334.
(4) *Traité des infl. internes*, Paris 1831, t. II, p. 253 et 255.
(5) *Observ.* n° 28, p. 76 et *obs.* n° 118, p. 386. Paris 1835.
(6) *Archives*, avril 1829, p. 255.
(7) *Nouv. élem. de pathol. méd. chir.* 3e édit, Paris, 1833 t. I, 440.
(8) *Lancette*, t. VIII, année 1834.
(9) *Traité des fièv.*, Paris 1836, obs. 24, p. 126.

Arloing, Mouton, ont cru à l'existence d'une pneumonie, par ce seul fait que les malades avaient éprouvé pendant l'accès, et surtout pendant le frisson, une douleur vive dans un des côtés de la poitrine, accompagnée d'oppression, de toux, de dyspnée, symptômes qui peuvent exister assurément dans toute autre affection que la pneumonie. Il est à regretter que des auteurs contemporains aient publié des observations qu'ils présentaient comme des exemples de pneumonies intermittentes, sans qu'ils aient même songé à donner à leur diagnostic toute la certitude désirable, à l'aide des méthodes d'exploration dont la science dispose aujourd'hui. C'est pour ce motif, que les deux faits rapportés par M. Bonnet ont perdu une partie de leur intérêt, car ce médecin a négligé constamment de donner les résultats fournis par la percussion et l'auscultation. L'auteur a cru à une pneumonie, d'après l'existence de la toux, de l'oppression, du point de côté, et surtout d'après l'expulsion de quelques crachats *sanguinolens*, phénomène qui serait caractéristique de la pneumonie, s'il était bien certain que M. Bonnet, à l'exemple des auteurs de Pathologie générale, eût employé cette expression pour désigner seulement des crachats formés par le mélange intime de sang et de mucus, réservant le mot de *sanguins*, à ceux qui contiennent du sang tout à fait pur.

Il suit de ce qui précède, que la pneumonie peut se développer sous l'influence des causes qui produisent les fièvres intermittentes, et dans ces cas, les symptômes propres de la phlegmasie semblent subordonnés pour ainsi dire au mouvement fébrile, car ils en suivent la marche; c'est à dire qu'ils se développent, s'accroissent et cessent, ou du moins diminuent en même temps que lui. La pneumonie peut donc devenir une des formes de la fièvre pernicieuse. De toutes les fièvres intermittentes pernicieuses dont les symptômes caractéristiques sont fournis par les organes thoraciques, la fièvre péripneumonique paraît être la plus fréquente; cependant c'est encore une des formes qu'on observe le plus rarement, à en juger du moins par le peu d'exemples qu'on en a rapportés, et par le silence qu'ont gardé sur elle plusieurs des auteurs qui ont écrit sur les fièvres de marais.

Comme la plupart des accidents pernicieux, la pneumonie peut quelquefois ne se développer que consécutivement à un

ou plusieurs accès de fièvre intermittente simple, bénigne ; cependant, à en juger par les faits qui ont été rapportés, ce mode de développement serait assez rare, et dans la plupart des cas, on voit dès le premier accès fébrile, quelques symptômes thoraciques et spécialement une douleur pleurétique qui doit fixer l'attention ; mais la maladie ne se caractérise tout à fait que dans les accès suivants. D'autres fois enfin la pneumonie débute comme si elle était simple, et ce n'est que par sa marche ultérieure qu'on reconnaît la cause spécifique qui l'a produite ou qui la complique.

L'accès débute par un frisson plus ou moins violent, pendant lequel le malade accuse déjà de l'oppression et une douleur de côté plus ou moins vive ; bientôt la toux survient, des crachats sanguinolens sont rejetés, l'examen de la poitrine fait entendre une crépitation plus ou moins nombreuse ; enfin, après une durée plus ou moins longue, la fièvre tombe, les accidens thoraciques diminuent dans la même proportion, enfin, une abondante diaphorèse vient juger l'accès. L'intermission peut être complète, c'est à dire que la fièvre cesse, ainsi que la plupart des accidens locaux; c'est ce qui a généralement lieu après le premier ou le deuxième accès. D'autres fois pendant l'apyrexie, quelques symptômes, tels qu'un peu de toux, d'oppression ou une douleur obtuse, un peu de crépitation ou de matité, continuent d'exister. En général, la fièvre pernicieuse pneumonique affecte le type quotidien ou tierce ; le plus souvent après une rémission de 12 ou 24 heures, un nouvel accès plus grave et plus long que le premier apparaît, et l'intermission est d'autant plus courte et moins complète, que les accès se reproduisent un plus grand nombre de fois.

Tels sont les principaux symptômes qui caractérisent le plus souvent les fièvres pernicieuses pneumoniques ; telle est aussi la marche suivant laquelle se succèdent les divers accidens qu'on observe. Toutefois il est plusieurs points de leur histoire qui exigent de notre part quelques développemens.

J'ai dit que les symptômes locaux caractéristiques de la pneumonie pouvaient disparaître complétement pendant l'apyrexie, ce fait ne paraîtra pas extraordinaire, lorsqu'on se rappellera que plusieurs autres phlegmasies, et en particulier l'entérite, la dyssenterie et certaines ophtalmies, etc., ont pu survenir périodi-

quement, ou ont pu naître et cesser tout à fait dans l'espace de quelques heures, et constituer ainsi des variétés particulières de fièvres larvées. Ces phlegmasies d'ailleurs, suivent généralement une marche progressive, et les symptômes qui les traduisent au dehors sont d'autant plus prononcés, que les accès se répètent davantage. Ainsi nous voyons que dans l'observation de fièvre intermittente avec pneumonie, rapportée par M. Maillot, on ne remarqua au premier accès, qu'une douleur pleurétique; le deuxième fut accompagé de crachats sanguinolens et laissa à sa suite une vive douleur dans le thorax avec gêne extrême de la respiration ; enfin dans le troisième et le quatrième, nonobstant un traitement antiphlogistique, on constata en outre l'existence des phénomènes stéthoscopiques propres à la pneumonie.

Il est certain, d'après le fait rapporté par M. Maillot, et plusieurs autres encore, que les symptômes locaux de la pneumonie peuvent disparaître pendant l'apyrexie et reparaître avec l'accès suivant; mais dans ces cas la maladie n'avait guère dépassé le premier degré ; la crépitation était en effet le seul phénomène fourni par l'auscultation, mais il est à peu près certain, que si les accès se reproduisaient plusieurs jours de suite, la pneumonie passant du premier au deuxième degré aurait une marche continue, et éprouverait seulement une exacerbation manifeste, à l'heure à laquelle survenaient auparavant les accès fébriles intermittens. En un mot, la fièvre deviendrait *subcontinue rémittente*, et offrirait d'autant plus l'aspect d'une fièvre continue, que la phlegmasie du poumon ferait elle-même plus de progrès. Je regarde en outre comme un fait rare et purement exceptionnel, qu'une pneumonie même au premier degré, puisse disparaître complétement à la fin de l'accès; cette cessation de la phlegmasie qu'on observe dans quelques tissus membraneux, me paraît être beaucoup plus difficile pour les organes parenchymateux, et en particulier pour le poumon. L'observation rapportée par M. Roche est une preuve de ce que j'avance (1). Ce savant médecin a vu, en 1821, un pompier de la ville de Paris qui fut atteint d'une pneumonie intermittente, caractérisée par un râle crépitant à la partie inférieure et latérale un peu postérieure du poumon droit, *ce symptôme*

(1) *Nouv. élém. de pathol. médico-chirur.*, t. I, p. 445.

*était beaucoup* moins marqué pendant l'apyrexie. De même dans le fait cité par M. Delourmel, on voit un malade qui offrit à deux reprises différentes, pendant les accès d'une fièvre quotidienne, une matité avec douleur sourde au côté droit, et expectoration de crachats sanguinolens; ces symptômes disparaissaient avec l'accès, à l'exception de la matité qui persistait, mais à un moindre degré qu'avant. Ainsi donc je crois, que lorsque le premier degré est bien établi, lorsque le râle crépitant existe, la lésion pulmonaire ne peut plus se résoudre pendant les quelques instants que dure l'apyrexie, mais elle persiste, elle fait même des progrès, et devient par elle-même la cause excitante d'un mouvement fébrile continu.

En consultant les observations de pneumonies périodiques contenues dans les annales de la science, on peut se convaincre aussi, que les accès fébriles ne sont presque jamais séparés par une apyrexie complète, il existe au contraire un mouvement fébrile continu en partie symptomatique de la phlegmasie viscérale, qui augmente à l'époque où les accès périodiques se reproduisent; la pneumonie est dite alors *rémittente*. Les auteurs, tant anciens que modernes, en ont rapporté des exemples assez nombreux.

Ainsi il paraît que la célèbre épidémie catarrhale qui régna en Europe en 1743 se compliqua souvent de pneumonie rémittente, quotidienne ou tierce. Lautter (1) paraît aussi avoir observé une fièvre rémittente tierce pneumonique. Sarcone (2), dans l'épidémie de Naples dont il a été l'historien, paraît aussi avoir vu fréquemment des maladies aiguës de poitrine présenter un caractère périodique. Strack (3), dans la belle relation qu'il donne des fièvres intermittentes qui régnaient à Mayence au milieu du siècle dernier, cite également quelques malades qui furent atteints de pneumonie et chez lesquels on observait des exacerbations plus souvent quotidiennes que tierces. Les faits rapportés par ce médecin célèbre, méritent quelque confiance, car l'auteur paraît avoir établi le diagnostic d'une pneumonie, non-seulement d'après la toux et le point de côté, mais aussi d'après l'inspection des crachats qui furent, soit au début,

(1) *Hist. med. morb.* p. 196.

(2) *Mal. de Naples*, trad. de Bellay. Lyon 1804, t. Ier, p. 205.

(3) *Obs. méd. de febribus int.*, p. 74. Ticini 1792.

soit à une époque plus avancée de la maladie, sanguinolens, roux, jaunes ou verdâtres, (1) J.-P. Frank (2) cite au moins sept observations de pneumonies périodiques, avec un mouvement fébrile continu, et présentant des exacerbations régulières, toutefois si j'en excepte le sujet de la quatrième observation (3) chez lequel on note quelques crachats sanguinolens, chez tous les autres le diagnostic d'une pneumonie me paraît très incertain, puisque pour l'établir, l'auteur n'a invoqué d'autres symptômes que la toux, l'oppression et le point de côté. Il en est de même de plusieurs autres observations rapportées plus récemment par plusieurs médecins, et en particulier celle que M. le docteur Gouzée a publiée sous le titre de Fièvre rémittente pernicieuse pleuropneumonique, puisque cet auteur, qui a incomplétement décrit l'aspect des crachats, a toujours négligé d'explorer la poitrine par l'auscultation et la percussion. (4) Au contraire, le fait rapporté par le docteur Chardon (5), quoique très incomplet et laissant beaucoup à désirer, est réellement un exemple de pneumonie rémittente à accès doubles quotidiens, car le diagnostic a été établi d'après l'existence du point de côté, de la matité, de la crépitation et des crachats rouillés. Ce dernier symptôme a également été constaté par M. Nepple (6) chez un prêtre qui éprouva une fièvre rémittente pernicieuse pneumonique, à accès quotidiens. Enfin, M. le docteur Grifoulière a donné une relation intéressante (7) d'une pneumonie rémittente épidémique, qui fut observée par lui, pendant l'hiver de 1833, dans le canton d'Aubin, département de l'Aveyron. L'auteur cite trois observations de pneumonie rémittente quotidienne, c'est à l'aide de ces divers faits que je vais essayer de décrire la maladie.

La pneumonie rémittente est une maladie assez rare, qu'on ne rencontre guère que dans les pays marécageux, et sous l'in-

(1) *Observa. médi. febri. inter.* p. 76 et 78.

(2) *Inter. clin., obs. selec.* Tubing 1812, p. 30, 35, 37, 41, 42, 56, 58, 61.

(3) P. 42.

(4) *Arch. de méd.*, 2 série, t. IV, p. 71.

(5) *Gazette méd.*, année 1834, p. 253.

(6) *Fièv. inter. et rémit.* p. 124, 35e Obs.

(7) Thèse de Paris, 1833, n° 94. *et gazette médicale.*

fluence des causes qui produisent ordinairement les fièvres d'accès ; on peut alors l'observer épidémiquement. Tantôt l'inflammation pulmonaire se présente avec les caractères d'une fièvre rémittente dès le début de l'épidémie, d'autres fois cela n'a lieu qu'après un temps plus ou moins long. Ainsi dans le commencement de l'année 1825, et surtout pendant les mois de février, mars et avril, on vit dans le canton de Montluel, une pneumonie grave qui fit périr la moitié de ceux qu'elle atteignit ; le règne de cette phlegmasie se prolongea une partie de l'été, et s'accompagna alors de fièvres intermittentes ou plutôt de phénomènes rémittens qui exigèrent un traitement spécial (1).

En général, la maladie commence avec les symptômes ordinaires d'une pneumonie franche. Les malades éprouvent un frisson violent, bientôt suivi de chaleur vive, céphalalgie et d'une douleur plus ou moins vive dans un des côtés de la poitrine. Ces accidens s'accompagnent en même temps d'oppression, de dyspnée et de toux, les crachats qui sont rejetés, offrent souvent dès les premières heures une teinte jaunâtre ou rouillée, et l'examen de la poitrine à l'aide de l'auscultation et de la percussion permet de reconnaître et de circonscrire le siége de la pneumonie. Le mouvement fébrile une fois établi continue sans interruption, mais il éprouve de temps en temps et à des intervalles variables mais réguliers des exacerbations et des rémissions.

Les accès sont généralement annoncés par des frissons légers généralement partiels, et qui manquent chez beaucoup de malades. Bientôt les symptômes généraux et locaux augmentent d'intensité ; le pouls devient plus fréquent, la chaleur s'élève, la face s'injecte, la respiration s'accélère, elle est plus pénible ; l'anxiété, la dyspnée, la douleur de côté augmentent ; il y a en même temps beaucoup d'agitation, et il n'est pas rare alors de voir le délire survenir. On a eu rarement occasion d'explorer la poitrine pendant que ces phénomènes ont lieu, mais il est évident qu'à cette époque, un travail morbide très actif se passe du côté des poumons, M. Grifoulière s'est assuré par exemple, qu'il a suffi dans ces cas, de dix à douze heures, pour voir une portion plus ou moins considérable d'un poumon passer à l'état complet

(1) Nepple, *Loc. cit.*, p. 122.

d'hépatisation. Les accès peuvent être beaucoup plus graves et s'accompagner alors d'une série de symptômes généraux qui donnent à la maladie un caractère pernicieux. Dans ces cas, le facies des malades est profondement altéré, ou frappé de stupeur, la prostration est grande; le pouls filiforme, dépressible, quelquefois irrégulier, est d'une fréquence extrême, ou bien au contraire il offre une plus grande lenteur. Après avoir persisté pendant plusieurs heures avec une grande intensité, on voit ces symptômes graves diminuer de violence progressivement, ou tout à coup. En même temps l'oppression et la douleur de côté diminuent, le pouls perd de sa fréquence, les forces se raniment, et ce moment de détente est marqué par une sueur plus ou moins abondante. Si, pendant la rémission, on voit les symptômes généraux et locaux diminuer d'intensité, il est assez rare qu'un ou plusieurs d'entre eux cessent complétement. D'ailleurs l'auscultation et la percussion ont prouvé que l'engorgement pulmonaire n'éprouvait aucun changement pendant la périodede rémission.

Bientôt un nouvel accès se déclare, et à fur et mesure qu'ils se reproduisent, on les voit s'accompagner de symptômes de plus en plus graves. Mais une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que dans ces cas, en explorant attentivement la poitrine, on ne voit pas que les altérations pulmonaires fassent des progrès proportionnés. M. Grifoulière a remarqué en effet, que l'hépatisation qu'il avait constatée dans les dix ou douze premières heures de la maladie, était ensuite resté stationnaire et n'avait pas envahi une plus grande surface après trois ou quatre paroxysmes. Les accès périodiques s'établissent parfois, dès le début de la phlegmasie, d'autres fois celle-ci semble exister sans exacerbation notable, pendant plusieurs jours, et ce n'est guère que vers le quatrième jour, quelquefois plus tard, comme le sixième, le septième ou le huitième, qu'on commence à remarquer des exacerbations régulières, comme si alors un élément nouveau venait se joindre à la maladie primitive. Les exacerbations surviennent à des époques variables, mais régulières; dans la plupart des cas, elles sont quotidiennes; c'est ce qui a été noté en particulier dans les épidémies de Mayence et du canton d'Aubin; elles sont bien plus rarement doubles, quotidiennes, ou tierces, et je ne crois pas qu'elles aient jamais affecté le type quarte. L'heure à laquelle les accès surviennent,

n'offre rien de constant ; ainsi J. P. Frank les observait communément dans le courant de la journée, la rémission avait lieu le soir et pendant la nuit, tandis que dans l'épidémie d'Aubin, M. Grifoulière a remarqué que les exacerbations revenaient une fois dans les vingt-quatre heures, et presque toujours dans la soirée ou pendant la nuit.

Si la maladie doit avoir une issue funeste, les intermissions sont de moins en moins évidentes, et les phénomènes qui marquent les exacerbations de plus en plus fâcheux ; enfin les malades succombent. Dans l'épidémie d'Aubin, s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes, ils mouraient du troisième au sixième accès, dans les cas les plus graves; et dans les autres un peu plus tard, ou du huitième au dixième jour. La mort peut arriver par suite de l'extension de la pneumonie; d'autres fois les malades sont emportés par un accès délirant, algide ou comateux. Enfin M. Maillot (1), dit que la mort peut aussi être produite par une apoplexie pulmonaire; mais il n'invoque aucun fait en faveur de son assertion. Si, au contraire, la maladie a une heureuse issue, les accès diminuent d'intensité et s'éloignent, en même temps qu'on voit l'état local s'améliorer. Cependant nous ne savons encore rien sur la rapidité de la résolution dans ces cas, ni sur les phénomènes consécutifs qui peuvent être observés.

§ V. *Pneumonies latentes.*

On dit que la pneumonie est latente, lorsque les symptômes propres à décéler la maladie sont tellement obscurs qu'ils peuvent échapper facilement à l'attention du médecin. Pour les anciens praticiens, toute pneumonie qui ne présentait ni douleur de côté, ni expectoration sanguinolente ou rouillée, était regardée comme *latente*, c'est-à-dire presque nécessairement méconnue; aujourd'hui, pour qu'une pneumonie soit véritablement latente, il faut non seulement que la douleur et les caractères de l'expectoration manquent, mais il doit y avoir encore absence complète de tous les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion.

Il est excessivement rare que dans une pneumonie, si toutefois l'on en excepte les pneumonies lobulaires, on voie manquer à la fois tous les symptômes fournis par les troubles fonc-

(1) *Traité des fièv. intermittentes*, Paris, 1836, p. 42.

tionnels et par l'examen physique; cela ne peut guère avoir lieu qu'au début ; mais pour peu que la maladie ait eu une certaine durée, on finira par découvrir quelques-uns des phénomènes qui la caractérisent ordinairement. A part quelques rares exceptions, on peut établir qu'une pneumonie n'est latente que parceque le malade n'a pas été suffisamment exploré , ou qu'il l'a été par un médecin peu attentif, ou peu versé dans les recherches cliniques. Je vais indiquer sommairement ici les conditions qui font qu'un grand nombre de pneumonies passent inaperçues et ne sont reconnues qu'à l'ouverture des cadavres.

1° La pneumonie pourra être latente, si dès son début, au lieu de déterminer les symptômes qui la caractérisent communément, elle s'accompagne de phénomènes insolites, et réveille trop vivement les sympathies du côté des organes les plus importants. C'est ainsi que beaucoup de pneumonies passent inaperçues parce qu'elles excitent dès leur début un délire violent, ou qu'elles s'accompagnent d'une grande prostration et d'un ensemble de symptômes propres aux fièvres typhoïdes.

2° D'autre fois au contraire, la pneumonie est complétement latente, parce que la maladie n'excite dans l'économie presque aucun trouble sympathique ; c'est ce qu'on ne remarque d'ailleurs, que chez les vieillards. Je n'oublierai jamais l'histoire d'une vieille femme de la Salpêtrière, qui, au mois de mai de l'année 1831, se présenta à la consultation, pour qu'on lui accordât un laxatif afin de recouvrer l'appétit qu'elle avait perdu depuis quelques jours ; cette femme, qui ne portait l'empreinte d'aucune maladie grave, ne se plaignait d'ailleurs d'aucune douleur ; elle n'avait pas de chaleur à la peau ; son pouls était un peu fréquent et irrégulier, mais une ancienne maladie de cœur pouvait l'expliquer. Cette femme mangea encore dans le courant de la journée ; elle fit plusieurs tours de promenade dans les cours; vers la fin du jour elle s'assit et mourut subitement. Je fis l'autopsie du cadavre bien persuadé que j'allais trouver quelque rupture de vaisseau ou quelque ramollissement dans le cerveau; quel fut mon étonnement lorsque je ne rencontrai d'autre altération qu'une hépatisation grise de plus de la moitié du poumon droit. M. Dalmas, médecin de la Salpêtrière, à qui je rapportais ce fait, me dit avoir vu aussi dans le même établissement une femme, qui presque au moment de son entrée à l'infirme-

rie, était restée en apparence assez bien portante; on ne la transporta dans les salles des malades, qu'en raison de son défaut d'appétit; elle mourut quelques heures après son arrivée, et à l'autopsie, M. Dalmas trouva les deux poumons à l'état d'infiltration purulente. Des faits semblables ont été observés par MM. Hourmann et Dechambre, qui regardent les pneumonies latentes comme une des causes de ces morts subites si communes dans les hospices de vieillards.

On conçoit que des cas pareils ne sauraient être invoqués précisément comme des exemples de pneumonie latente, puisque les malades n'ont pas été examinés, ou l'ont été à peine; cependant ces faits doivent être pour nous d'un puissant intérêt et d'un haut enseignement; ils nous prouvent que chez les vieillards, les troubles sympathiques sont moins nombreux, moins variés, plus difficilement produits que chez les adultes ; chez ceux-ci la maladie d'un organe important excite partout des réactions organiques ; à un âge avancé au contraire, chaque organe semble vivre et souffrir isolément, et n'a plus qu'une sphère d'activité très restreinte, sans réagir sur le reste de l'économie. Nous devons conclure de là que chez le vieillard la sollicitude du médecin devra être éveillée, quelque légers que soient en apparence les troubles qu'il observe dans la santé, car il ne devra jamais oublier que dans un âge avancé les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes très légers.

3° Enfin, la pneumonie est latente; soit parce qu'elle occupe un trop petit espace, soit que, située à une grande profondeur et au centre du poumon elle se trouve enveloppée de toutes parts par une portion de poumon complétement intacte.

Je parlerai plus tard des pneumonies qui sont latentes parce-qu'elles surviennent dans le cours des maladies aiguës et chroniques.

Les pneumonies primitives qui sont assez graves pour compromettre à elles seules l'existence des malades, ne sont probablement jamais *latentes*, du moins je n'en ai encore observé aucun exemple ni chez l'adulte ni chez le vieillard. Comme je l'ai déjà dit, j'ai vu fréquemment un ou plusieurs symptômes importants manquer tout à fait au début, ou même pendant toute la durée de la maladie; mais en explorant complétement

les malades on trouvait assez de symptômes pour caractériser la pneumonie.

§ VI. — *De quelques formes de Pneumonies admises par les auteurs.*

(*Pneumonies rhumatique, arthritique, vermineuse, puerpérale*).

1° *Pneum. rhumatique.* En parcourant les auteurs anciens et plusieurs même de ceux qui ont écrit au commencement de ce siècle, on trouve la description de plusieurs autres formes de pneumonie, que nous ne pouvons admettre, et auxquelles on attribuait une marche et des symptômes spéciaux ; telles sont les pneumonies *rhumatiques* (péripneumoniæ rheumaticæ) succédant à la suppression d'une transpiration et spécialement caractérisée par une douleur de côté, très sujette à se déplacer, et par d'autres symptômes, sur lesquels Grimaud a insisté (1), et dont il serait presque oiseux de discuter le peu de fondement. D'ailleurs ces pneumonies rhumatiques différaient, dans les classifications des anciens nosographes, de celles que Musgrave et Barthez nommaient *arthritiques ;* mais j'ai déjà dit qu'il est impossible d'être fixé sur la nature des maladies diverses, qui ont été décrites sous ces dénominations. De même on ne croit plus aujourd'hui qu'il y ait des pneumonies produites par la présence de vers dans le tube digestif, et se présentant avec des caractères spéciaux. Tout ce qu'on a dit à ce sujet pendant plusieurs siècles ne doit être rappelé que lorsqu'on fait l'histoire des erreurs, qui ont si longtemps entravé la marche de la science.

2° *Pneum. puerpérale.* Les médecins et les accoucheurs de la fin du dernier siècle, et ceux même qui écrivaient au commencement du XIX^e^, ont décrit une pneumonie très grave, presque toujours mortelle, extrêmement rapide dans sa marche et qui affecterait les femmes dans la période puerpérale. Mauriceau (2), Delamotte (3) en citent des exemples. Astruc (4) la regardait, comme pouvant être une lésion secondaire de la fièvre de lait, lorsque celle-ci était vive ; Levret (5) en donne une description succincte ;

(1) *Trait. des fièv.*, t. II, p. 95.
(2) *Obs. sur la gross. et l'accouch.*, Paris 1694, obs. 476^e^, p. 394.
(3) T. II, p. 1199 et 1202.
(4) *Mal. des femmes*, Paris, 1770, 2^e^ édit, t. V p. 158, in-12.
(5) *L'art des accouch.*, Paris, 1766, 3^e^ édit, p, 168.

enfin Deleurye (1), Chambon (2), Gastellier (3), etc., ont plus insisté sur ses caractères; cependant si on lit attentivement les rares observations particulières de pneumonie, survenant dans l'état puerpéral et que les auteurs ont rapportées, celle que Hildenbrand nous donne dans sa Médecine pratique (4), il paraîtrait que les pneumonies qui surviennent chez les femmes peu de jours après l'accouchement ne présentent aucun de ces caractères essentiels, qui leur impriment une physionomie spéciale, et doivent les faire considérer comme une forme particulière, comparable à celle que je viens d'étudier. Il faut seulement ne pas oublier, et cette connaissance importe beaucoup dans la pratique, que les pneumonies qui surviennent pendant la période puerpérale, marchent avec une extrême rapidité vers une terminaison funeste. J'ai déjà cité ailleurs (5) d'après M. Chomel, l'exemple d'une dame, qui étant heureusement accouchée, éprouva le jour suivant, un petit malaise, lequel fut d'ailleurs tellement léger, qu'il n'excita pas même l'attention de l'accoucheur, praticien très expérimenté. M. Chomel, ayant visité cette dame dans la journée même, trouva de la matité et une respiration bronchique dans tout un côté de la poitrine; douze heures plus tard la malade avait cessé de vivre, et l'autopsie fit découvrir une hépatisation rouge et grise de tout un poumon.

Ce fait ne me paraît pas extraordinaire; tous les médecins qui donnent leurs soins aux femmes en couches, auront été frappés en effet de la tendance qu'ont chez elles toutes les phlegmasies à se terminer promptement par suppuration; ce qui tient probablement à un état général de l'économie, à une infection du sang. Les anciens avaient parfaitement saisi cette disposition générale; mais ils en avaient mal interprété le point de départ, lorsqu'ils l'avaient fait dépendre d'un transport des lochies et du lait dans le torrent circulatoire, et lorsqu'ils avaient considéré comme formés par ce dernier fluide, les dé-

(1) *Traité des accouh.*, Paris, 1777, § 1185.
(2) *Mal. des femmes*, 2e édit, Paris, an 7, t. II, p. 150.
(3) *Mal. aig. des femmes en couche*, Paris 1812, p. 15
(4) T. Ier, p. 186.
(5) *Mém. sur la Pneum.* journ. heb. 1836, t. 3.

pôts purulens qu'ils constataient dans diverses parties du corps. Peut-être le fait que j'ai rapporté d'après M. Chomel, sera-t-il considéré par quelques personnes, comme une forme, une variété de la fièvre puerpérale; j'avoue même que j'aurais une certaine tendance à l'interpréter ainsi; car les faits que j'ai observés dans les salles d'accouchemens m'ont rapproché des idées des anciens, et me portent à considérer aujourd'hui la fièvre puerpérale comme une maladie générale, qui a pour effet la production du pus dans un point quelconque de l'économie. On s'explique très bien par les circonstances de la grossesse et de l'accouchement, pourquoi le péritoine, l'utérus et ses annexes sont plus souvent affectés que d'autres organes; mais de même que dans quelques cas on n'a trouvé d'autre altération qu'une suppuration dans les muscles ou le tissu cellulaire, de même on conçoit que cet effort à la production du pus, qui domine, qui constitue toute la maladie se porte aussi quelquefois du côté du poumon. Cette manière d'interpréter les faits est celle que M. Voillemier a très habilement exposée dans un travail que la Faculté de médecine a justement couronné (1). Il résulte donc des considérations précédentes, que si on croit convenable de conserver encore la forme puerpérale de la pneumonie, et si on admet comme exactes les idées que je viens d'émettre, la pneumonie de l'état puerpéral devrait être considérée moins comme une maladie primitive que comme une lésion secondaire ou consécutive à un état général.

### § VII. — *Pneumonie traumatique.*

Les auteurs ont distingué une forme de pneumonie qu'ils ont nommée *traumatique*, parce qu'elle survient consécutivement à quelque violence extérieure. Les chirurgiens, qui seuls auraient pu nous la faire connaître, en ont tout à fait négligé l'étude; cependant ce sujet est digne de tout leur intérêt.

J'ai déjà, dans le courant de cet ouvrage, indiqué plusieurs points relatifs aux pneumonies traumatiques, à celles surtout qui sont produites par la présence d'un corps étranger au milieu du poumon; je vais actuellement compléter leur histoire par l'analyse des faits que j'ai recueillis ou réunis.

(1) Histoire de la fièvre puerpérale qui a regné épidémiquement à l'hôpital des cliniques en 1838. *In journ. des conn. méd. chir. an* 1840.

J'ai dit, à l'article *Étiologie*, que la pneumonie traumatique était celle qui succédait à quelque violence extérieure, telles que contusions du thorax, efforts pour soulever un fardeau, plaie pénétrante, compliquée ou non de la présence du corps vulnérant.

Je me suis livré à quelques recherches dans les auteurs, pour tâcher de réunir les observations de plaies pénétrantes de poitrine, compliquées de pneumonie, qui ont été publiées; mais le défaut de détails, l'absence des signes fournis par la percussion et l'auscultation, ne m'ont pas permis de les utiliser. Tout porte à penser que les pneumonies consécutives aux plaies du poumon offrent peu de gravité et ne diffèrent pas beaucoup, quant à leur marche et à leurs symptômes, des pneumonies qui succèdent à une simple contusion. Cependant je conçois que le diagnostic de cette forme de pneumonie puisse présenter parfois de la difficulté, en raison de quelques accidens qui compliquent souvent les plaies du poumon, c'est-à-dire l'emphysème des parois thoraciques, et l'épanchement de sang dans la plèvre. Dans le premier cas, la crépitation produite par l'emphysème pourrait masquer les bruits plus profonds dépendant de la phlegmasie pulmonaire; pour ce qui arriverait dans le cas d'épanchement sanguin, je renvoie à ce que j'ai dit précédemment sur la coïncidence de la pneumonie avec un épanchement pleurétique.

J'ai réuni six observations de pneumonies traumatiques; trois succédèrent à une contusion plus ou moins violente de la poitrine, telle que coup de pied de cheval, chute sur un corps résistant quelconque. Chez les trois autres sujets, la pneumonie survint à la suite d'un effort violent pour soulever un corps lourd qui était au-dessus de leurs forces. Dans ces trois derniers cas, les malades ont éprouvé une douleur violente dans un des côtés de la poitrine, qui les força à se débarrasser à l'instant même de leur fardeau. Tous ces individus étaient bien portans au moment de l'accident; deux néanmoins éprouvaient depuis quelques jours un rhume léger, sans malaise ni perte d'appétit.

La douleur de côté fut le premier phénomène morbide; elle s'expliquait par la nature de la cause qui venait d'agir; chez elle, fut *immédiatement* suivie de plusieurs autres symptômes;

ainsi, tous eurent des frissons plus ou moins violens, du malaise, de la fièvre, de l'oppression, de la toux, et dès la fin du premier jour 3 d'entre eux avaient déjà expectoré plusieurs crachats rouillés ou sanguinolens. Quant aux 2 malades qui restent, l'un n'éprouva des symptômes de pneumonie, qu'un ou deux jours après l'action de la cause ; chez le dernier, il s'écoula un intervalle de six jours pendant lesquels l'individu avait du malaise, avait cessé de manger, et ne se livrait qu'incomplétement à ses occupations (c'était un infirmier). Chez les 3 malades dont la pneumonie a succédé à un effort violent pour soulever un fardeau, l'inflammation a envahi deux fois le sommet de l'organe ; une fois elle existait dans la partie supérieure de la fosse scapulaire. Chez ceux qui tombèrent malades à la suite d'une contusion violente, deux fois la pneumonie se déclara au niveau du point contus (1).

Si l'on excepte un malade chez lequel la pneumonie ne paraît pas avoir dépassé le premier degré, chez tous les autres, on constata le passage de la phlegmasie à la période d'hépatisation. Les crachats furent plus ou moins rouillés, et semblables à ceux des pneumonies ordinaires; cependant, chez un individu, ils furent plusieurs jours masqués par une petite hémoptysie, et c'est lorsque celle-ci eut diminué ou cessé, qu'on distingua la couleur rouillée de l'expectoration. Le pouls, qui s'éleva une fois jusqu'à 120, ne dépassa pas généralement 104. Le nombre de respirations varia entre 24 et 44. Chez un seul malade, dont l'observation m'a été communiquée par M. le docteur Barth, on nota une grande prostration, et qui ne semblait pas en rapport avec l'étendue de la pneumonie; on remarqua de plus, que l'haleine du sujet était *fétide*, *puante;* cette puanteur, à laquelle les crachats ne semblaient pas participer, avait commencé dès le début de la maladie, et persista pendant environ sept jours. Ces symptômes peuvent faire soupçonner que dans ce cas il ait pu y avoir un petit point gangréneux, circonstance que Rouppe a notée comme assez fréquente dans les pneumonies qui surviennent sous l'influence d'une violence extérieure. Chez la plupart de ces malades, on peut dire que

(1) Chez l'autre malade la pneumonie occupait la base, mais on a oublié de dire à quel point de la poitrine la contusion avait part.

le phénomène prédominant, celui qui a persisté le plus longtemps, c'est la douleur de côté ; car, indépendamment de celle que la phlegmasie produisait, il y avait aussi la douleur effet de la contusion. La pneumonie a suivi une marche régulière ; elle est restée limitée au petit espace qu'elle avait d'abord envahi ; elle s'est heureusement terminée dans tous les cas, et sa durée a été sensiblement plus courte que celle des pneumonies ordinaires ou spontanées.

La pneumonie qui succède à une plaie du poumon a-t-elle une marche aussi simple ? Il est permis de supposer qu'il doit en être ainsi dans un grand nombre de cas. Si on se rappelle, en effet, la promptitude avec laquelle se cicatrisent les plaies de ce viscère, on sera autorisé à penser que l'inflammation consécutive qui peut les compliquer doit, dans un grand nombre de cas, rester circonscrite à un petit espace. Il pourra en être de même lorsque la pneumonie est produite par la présence d'un corps étranger. On lit en effet, dans les ouvrages de chirurgie, un grand nombre d'observations de plaies pénétrantes de poitrine qui ont guéri, sans que les corps étrangers qui avaient été introduits dans la solution de continuité aient été extraits. Quelques-uns des malades ont conservé pendant plusieurs mois, de la toux, de l'oppression ; puis, au bout d'un certain temps, les accidens se sont accrus, l'oppression a augmenté ; il y a eu de la fièvre ; il y a eu quelques symptômes de pneumonie qui, à en juger par les accidens qu'elle provoquait, ne paraissait pas s'étendre sur une grande surface ; au bout de quelques jours, on voyait les malades rendre les corps étrangers par l'expectoration, enveloppés dans une quantité plus ou moins considérable de pus ; ou bien un abcès ayant paru sur un point des parois thoraciques, l'ouverture qui s'était faite spontanément, ou que l'art avait pratiquée, a livré passage au corps vulnérant. Une circonstance plus extraordinaire encore, c'est que les corps étrangers qui pénètrent dans les poumons par l'ouverture supérieure du larynx; qui comme les épis de graminées, cheminent à travers tout un poumon et le labourent, pour ainsi dire, n'occasionnent souvent du moins, que des phénomènes d'une phlegmasie assez circonscrite. Telle est l'observation rapportée par M. Bailly, et que j'ai déjà citée plusieurs fois ; tel est encore le fait de M. Stanski, dans lequel la pneu-

monie parut occuper un petit espace. Si dans ce dernier le malaise et la faiblesse furent portés à un haut degré, cela tenait sans doute à l'état maladif antérieur, et aux tubercules pulmonaires qui existaient avant l'accident, et s'étaient déjà révélés par des signes rationnels.

Les phénomènes produits par cette espèce de pneumonie traumatique ne diffèrent pas de ceux des pneumonies ordinaires ; c'est ce qui eut lieu du moins pour les malades de MM. Bailly et Stanski. Chez le premier, le corps étranger ne provoqua des signes de pneumonie que trois mois après son introduction ; dans le deuxième, au contraire, la pneumonie se déclara dès le deuxième ou troisième jour ; vers le cinquième ou sixième, l'haleine devint fétide, et le malade expectora une grande quantité de matières purulentes ; dans les cas dont je parle, le corps étranger s'échappa à la faveur d'un abcès qui se forma sur les parois thoraciques. Le malade de M. Bailly guérit, la femme de M. Stanski mourut par le progrès de la phthisie dont elle était atteinte.

J'ignore si la nature des corps étrangers introduits dans les poumons influe sur les symptômes, la marche, la durée, la terminaison de la maladie. La chose est probable ; mais les faits manquent pour le démontrer. Supposez un de ces corps étrangers qui ne peuvent cheminer dans les poumons, tels qu'une pièce de monnaie, un fragment d'os, etc.; engagés le plus souvent au commencement de la bronche droite ; ils pourront produire une inflammation des parties voisines, comme dans les faits rapportés par les docteurs Gilroy et Houston ; mais toujours fixés dans le même point par la disposition des parties, ils ne peuvent être expulsés que par l'expectoration, mode d'élimination toujours difficile à effectuer ; aussi les pneumonies qui surviennent dans ces conditions me paraissent devoir se terminer plus souvent d'une manière funeste. C'est ainsi que dans l'observation du docteur Gilroy, le malade succomba au bout de trois mois avec un vaste abcès dans le poumon droit, et dans le fait cité par M. Houston, la mort arriva onze jours après, et fut produite par une pneumonie qui, ayant frappé tout le poumon droit, avait commencé par envahir le poumon gauche.

Ainsi, on voit, par ce que je viens de dire, que les pneumo-

nies traumatiques, celles qui succèdent à une contusion de la poitrine, ou à une plaie de poumon, commencent, en général, dans le point qui a été blessé; la phlegmasie paraît se développer peu après l'action de la cause, et s'accompagne des symptômes ordinaires de la pneumonie.

Il paraît que la pneumonie traumatique occupe généralement une petite étendue; c'est ce qui explique son peu de gravité, sa durée plus courte, sa terminaison heureuse. Ceci s'applique non-seulement aux pneumonies qui succèdent à une contusion, mais encore à celles qui résultent de la présence d'un corps vulnérant, pourvu que celui ci puisse être éliminé par l'expectoration, et plus souvent encore par un abcès à travers les parois thoraciques.

Tels sont les résultats qui découlent des faits; je prie, toutefois, le lecteur de ne les accepter qu'avec réserve, attendu le petit nombre d'observations sur lesquelles ils s'appuient.

## ARTICLE II.

### Des formes des pneumonies consécutives.

Les pneumonies secondaires peuvent non-seulement revêtir les mêmes formes que les pneumonies primitives, mais en outre elles en ont qui leur sont presque spéciales, comme on le verra bientôt. On peut établir d'une manière générale, que la forme qu'affecte la pneumonie, est surtout déterminée par la nature de la maladie première qu'elle vient compliquer par la période à laquelle elle est parvenue, ainsi que par l'état dynamique du sujet.

Je n'ai jamais vu de pneumonie consécutive affecter la forme *bilieuse;* cela dépend uniquement de la rareté de celle-ci; car il est certain que, si une constitution bilieuse venait à régner actuellement, nous la verrions influencer également les symptômes des pneumonies primitives comme ceux des pneumonies secondaires: c'est ce que j'ai observé, en effet, pendant la constitution catarrhale épidémique de 1837, durant laquelle toutes les pneumonies sans exception, que je vis affecter des individus déjà malades, portaient le cachet de la constitution régnante. Mais ce sont là des faits exceptionnels,

et pour ne parler que des cas que nous voyons tous les jours, on peut établir, comme proposition générale, que presque toutes les pneumonies consécutives ont de la tendance à revêtir la forme typhoïde ou à devenir latentes.

Beaucoup de pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies aiguës ou chroniques s'accompagnent de symptômes typhoïdes, et affectent particulièrement la forme adynamique. Je ne parlerai point ici des inflammations pulmonaires qui se déclarent chez les individus atteints de fièvre grave, de scorbut, de morve, de résorption purulente ou de gangrène; car les symptômes adynamiques ou ataxiques, qu'on observe constamment alors, sont généralement primitifs; c'est-à-dire qu'ils ont précédé le développement de la pneumonie; ils sont essentiellement dépendans de la maladie principale, et la pneumonie intercurrente n'a d'autre effet que de les augmenter. La forme typhoïde survient d'autant plus facilement que le sujet est plus âgé, qu'il a été plus affaibli par la maladie ou par le traitement.

La nature de l'affection première a également la plus grande part sur la forme spéciale qu'aura la pneumonie intercurrente. Ainsi toutes les fois que la maladie est générale, c'est-à-dire, qu'elle a son point de départ dans une altération plus ou moins profonde des solides ou des fluides, une pneumonie intercurrente se présentera presque toujours avec des symptômes adynamiques ou ataxiques. C'est ainsi que j'ai vu récemment deux malades succomber aux sixième et huitième jour d'une variole confluente, pendant laquelle une pneumonie grave s'était déclarée, et dont le début fut marqué par des alternatives de délire et de coma, et plus tard par des soubresauts des tendons, et des symptômes typhoïdes portés au plus haut degré. Enfin, parmi les malades qui éprouvèrent une pneumonie dans le cours, ou pendant la convalescence d'une rougeole, la moitié présenta des symptômes typhoïdes plus ou moins intenses.

Après les fièvres éruptives, ce sont les affections cancéreuses, puis les phthisies avancées, les maladies organiques des reins et du foie dont les pneumonies intercurrentes se sont accompagnées le plus fréquemment de symptômes typhoïdes. La forme adynamique a été un peu moins commune chez les individus

atteints d'affections organiques du cœur et des gros vaisseaux que chez les malades qui précèdent.

J'ai également remarqué que presque toutes les pneumonies qui surviennent chez les individus paralysés depuis longtemps, s'accompagnent de symptômes adynamiques. Ces résultats sont confirmés par les recherches de M. Thore à l'hospice de Bicêtre. Ce jeune médecin a vu en effet que les pneumonies qui affectent les démens paralytiques affectaient presque toujours la forme adynamique; mon ami le docteur Baillarger a fait la même observation. On s'explique facilement cette tendance de la pneumonie et de toute maladie aiguë à revêtir une forme adynamique, chez les sujets en démence dont la constitution est affaiblie, profondément détériorée par la maladie, et plus encore peut-être par les conditions hygiéniques défavorables qui les environnent.

Il paraît également, d'après les recherches de W. Stockes (1), que le *delirium tremens* s'accompagnerait assez fréquemment de pneumonie affectant la forme typhoïde. Le même auteur dit encore que de toutes les complications qui peuvent amener la mort chez les dypsomanes, l'inflammation des poumons est la plus fréquente. Il eût été à désirer que M. Stockes indiquât si la pneumonie survenait indistinctement pendant la forme aiguë du *delirium tremens*, ou si au contraire (et la chose est plus probable) si la complication phlegmasique était plus commune chez les sujets qui par suite de leur passion ignoble, avaient eu de fréquentes récidives et éprouvaient cet état de démence, d'imbécillité et de paralysie générale, qui est si souvent consécutif aux accès répétés du délire crapuleux.

En général, c'est la forme adynamique de l'état typhoïde qu'on observe le plus souvent dans les pneumonies consécutives. Cependant il est assez fréquent de voir en même temps les malades délirer. Ainsi sur vingt-deux individus, chez lesquels l'état des facultés mentales a été noté, il en est six qui présentèrent du délire à une époque plus ou moins voisine de la mort, proportion qui est plus considérable que celle qu'on trouve pour les pneumonies primitives.

J'ai dit que les pneumonies secondaires étaient souvent latentes;

(1) *Loc. cit.* p. 51.

en effet on a pu se convaincre précédemment que les pneumonies qui surviennent lentement dans le cours d'une maladie grave ne déterminent aucun trouble apparent dans les fonctions respiratoires, ce qui ne porte pas le médecin à en faire une exploration attentive. L'erreur est surtout plus difficile à éviter si on observe des individus qui par leur âge ou par suite de l'état de leur intelligence, ne rendent aucun compte de leurs sensations, ou donnent des renseignemens propres à induire en erreur; tels sont les enfans, et ensuite aussi beaucoup d'aliénés. Il semble en effet que, chez ces derniers, la perturbation des fonctions cérébrales ait souvent pour effet d'émousser ou de limiter les sympathies; ainsi, comme nous l'avons vu pour les vieillards, il n'est pas très rare de rencontrer dans les établissemens consacrés au traitement de l'aliénation mentale, des individus qui ont une hépatisation de tout un lobe, ou même de la plus grande partie d'un poumon, sans qu'une aussi grave altération soit même soupçonnée; car ces malades continuent à marcher, à se promener; on ne les voit pas tousser; ils ne se plaignent pas parcequ'ils sont préoccupés de leurs idées fixes ou emportés par la mobilité de leur délire, circonstances qui empêchent souvent aussi d'apprécier et de rapporter à la cause véritable, l'altération qu'on trouve quelquefois imprimée sur leurs traits. Enfin ils succombent tantôt brusquement, et dans une espèce de syncope, quelquefois dans l'espace de quelques heures et dans un état d'orthopnée, et à l'autopsie on découvre avec surprise une inflammation étendue des poumons (1).

La pneumonie peut devenir latente chez les enfans pour les mêmes raisons qui la rendent telle chez les adultes et les vieillards. Mais chez les premiers, l'état latent doit aussi être souvent attribué à ce que la maladie affecte très fréquemment la forme lobulaire, maladie dont le diagnostic présente beaucoup de difficultés, comme on pourra s'en convaincre par les détails symptomatiques qui vont suivre.

*Pneunomie lobulaire.*

Je dois rappeler que la pneumonie lobulaire est caractérisée anatomiquement par des noyaux d'hépatisation

(1) *Calmeil. Mal. incidentes des aliénés, in Dict. de méd.*, t. II, p. 195.

disséminés çà et là à la surface et dans l'épaisseur de l'un et de l'autre poumon, en nombre plus ou moins considérable et séparés les uns des autres, par du tissu pulmonaire complétement perméable.

La pneumonie lobulaire, comme la plupart des phlegmasies pulmonaires du jeune âge, survient presque toujours chez des sujets affaiblis ou actuellement atteints de quelque maladie aiguë ou chronique plus ou moins grave; mais indépendamment de cette condition, qui est commune à toutes les pneumonies de l'enfance, nous trouvons que la forme lobulaire est en outre toujours précédée d'une phlegmasie des bronches, surtout de leurs petites ramifications. Cette période catarrhale varie beaucoup quant à son intensité et à sa durée. Ses symptômes sont une toux peu opiniâtre, des râles sibilant ou ronflant entendus dans toute l'étendue de la poitrine avec des râles muqueux et sous crépitant à la base des poumons de l'un et l'autre côté, ou bien disséminés dans toute la poitrine. Lorsque la bronchite est bénigne, elle ne s'accompagne pas de fièvre; l'appétit et les forces persistent; dans le cas contraire, il y a beaucoup de dyspnée, de fièvre et d'agitation. Après une durée qui varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines on voit en général s'aggraver subitement et sans cause apparente, les symptômes précédents, et c'est probablement à cette époque qu'il faut rapporter, sinon le début précis de la pneumonie, du moins l'époque où elle occupe un grand nombre de points à la fois.

Si on recherche quels sont les signes que fournit alors l'exploration de la poitrine, on trouve que les râles secs et humides qui existaient auparavant sont devenus plus bruyants, plus nombreux, plus étendus; ils ont une intensité qui varie d'un moment à l'autre; ils paraissent changer souvent de place, sans qu'on puisse dire si cette mobilité se rattache plus à l'existence des noyaux disséminés, qu'à celle de la bronchite.

Dans ces cas, d'après MM. Rilliet et Barthez (1), l'expiration est plus ou moins prolongée et a un timbre bronchique; ce qu'ils expliquent en disant que les noyaux d'hépatisation jouent le même rôle que les tubercules crus; mais je dois faire observer que l'expiration prolongée qu'on entend chez les sujets dont je

(1) *Loc. cit.*, p. 57.

parle, n'a aucune valeur diagnostique *spéciale*. On ne saurait dire avec les auteurs que j'ai cités, qu'elle dépend de la forme même de l'altération pneumonique, attendu que l'expiration prolongée est un phénomène commun à toutes les maladies des poumons, qui gênent la circulation de l'air (1). Quant au souffle bronchique, il ne peut exister soit à l'inspiration, soit à l'expiration, que lorsque les noyaux d'hépatisation sont confluans, lorsque plusieurs sont réunis ou très rapprochés, cas dans lesquels on pourra trouver les signes physiques propres aux pneumonies lobaires.

Si on percute la poitrine, dans la forme de pneumonie, que je décris ici, elle rendra partout le son clair et presque tympanique qu'on obtient chez les enfans. Tous les auteurs qui ont observé la pneumonie lobulaire, sont unanimes pour reconnaître que la percussion, de quelque manière qu'elle soit faite, ne peut être d'aucune utilité pour reconnaître l'existence de noyaux d'induration. C'est ce qu'on conçoit facilement, lorsqu'on se rappelle la disposition, le siége de cette altération; ce n'est que dans les cas où plusieurs noyaux se réunissent, se confondent, que la percussion pourra faire découvrir une modification de la sonorité, ou tout au moins une diminution dans l'élasticité normale, et ces résultats donnés par la percussion, coïncideront avec des phénomènes d'auscultation caractéristiques, tels que la respiration bronchique à l'expiration ou à l'inspiration, s'étendant peu à peu, de manière à occuper bientôt un espace considérable.

Dans la pneumonie lobulaire proprement dite, les crachats

(1) On ne peut pas dire avec quelques personnes, que l'expiration prolongée soit un signe de l'existence des tubercules disséminés dans le parenchyme pulmonaire. L'expiration prolongée ne peut avoir par elle-même et d'une manière absolue, l'importance qu'on lui a donnée; toute sa valeur est subordonnée aux conditions dans lesquelles le phénomème se produit. C'est ainsi que si une expiration prolongée et plus ou mois rude, est perçue au sommet du poumon, et dans un point plus ou moins circonscrit, on *soupçonnera* dans cet endroit quelques altérations du tissu pulmonaire, et comme les tubercules sont de toutes les lésions, celles qu'on rencontre le plus souvent, surtout au sommet, il sera naturel dans ces cas de redouter leur présence. Comme on le voit, l'expiration prolongée n'a pas une valeur *intrinsèque, toujours la même*, mais elle n'a qu'une valeur *conditionnelle* ou *relative*.

sont nuls ou simplement muqueux, et offrent plus ou moins de viscosité. Dans quelques cas exceptionnels ils présentent une couleur rouge brique sale, qui doit éveiller aussitôt l'attention du côté des poumons. Le point de côté a constamment manqué ; et M. Burnet signale aussi ce symptôme comme étant fort rare. Enfin la dyspnée est généralement assez intense; elle est proportionnée au nombre des noyaux d'induration, ainsi qu'à l'étendue de la bronchite concomitante.

A mesure que la maladie s'étend et se généralise, la dyspnée augmente, quelquefois jusqu'à la suffocation ; en même temps les râles caractéristiques d'une bronchite deviennent plus bruyants. Ces symptômes s'aggravent de plus en plus, le pouls alors devient petit, irrégulier, intermittent, en même temps que la fréquence s'élève à 120 ou 140 pulsations: le facies altéré exprime une grande anxiété ; les malades tombent dans la prostration ; ils succombent après une agonie pénible, et le plus souvent avec les symptômes d'une asphyxie lente.

On voit par ce qui précède, que dans la pneumonie lobulaire, il y a un élément catarrhal qui domine et qui masque les signes physiques que l'altération des poumons pourrait fournir. L'irrégularité qu'on observe dans les symptômes de la pneumonie lobulaire dépend du degré de prédominance de l'élément catarrhal, ainsi que du nombre des noyaux d'induration et de la profondeur à laquelle ils sont situés. Lorsque les râles sibilant et ronflant sont moins bruyants ou lorsqu'ils cessent à de fréquens intervalles, si les noyaux indurés sont placés à la surface, on distinguera souvent un râle sous-crépitant ou crépitant non mobile, persistant pendant longtemps dans le même point, et finissant par coexister avec quelque altération des bruits respiratoires, soit pendant l'inspiration, soit seulement pendant l'expiration. Suivant MM. Rilliet et Barthez (1), les signes propres à la pneumonie lobulaire seraient plus faciles à constater dans la moitié supérieure du poumon que dans la partie inférieure. Je ne puis répondre absolument de l'exactitude de cette proposition.

Ainsi on voit combien il est difficile d'établir le diagnostic de la pneumonie lobulaire, lorsqu'elle ne consiste qu'en des

(1) *Loc. cit.*, p. 66.

noyaux indurés, disséminés çà et là dans les poumons. On a vu aussi sur quelles circonstances on devait s'appuyer pour s'élever à la connaissance de l'altération ; mais il est des cas d'un diagnostic encore plus difficile et qui, en général, restent méconnus pendant la vie.

Lorsqu'en effet, la pneumonie lobulaire n'a pas été précédée d'une affection catarrhale, lorsqu'elle survient pendant une maladie fébrile, telle que la variole ou l'affection typhoïde, elle a une marche très insidieuse, la toux existe à peine, et comme l'inflammation pulmonaire s'est développée dans le cours d'une maladie fébrile, on ne peut que difficilement s'assurer de l'accélération du pouls et de la respiration. Une circonstance qui doit alors donner l'éveil sur l'invasion de la maladie, c'est une profonde altération des traits, qui a été notée dans les observations de MM. Rilliet et Barthez (1).

Il est probable que la pneumonie lobulaire se termine d'une manière favorable ; toutefois, en raison de l'obscurité du diagnostic, il est impossible d'affirmer comme l'a fait M. Burnet (2), que la guérison soit une terminaison très fréquente. Je crois au contraire, qu'eu égard aux conditions fâcheuses qui précèdent la pneumonie, et si on se rappelle que cette phlegmasie survient le plus souvent dans le cours des maladies aiguës ou chroniques, qui ont profondément débilité la constitution du sujet, on sera au contraire porté à admettre, que la pneumonie lobulaire doit avoir presque toujours une issue funeste, dans les cas du moins où elle a une certaine étendue. Lorsque la pneumonie lobulaire est simple, il nous est impossible de suivre les progrès de la résolution autrement que par l'amélioration graduelle, qu'on observe dans les symptômes généraux et dans quelques symptômes locaux, tels que la toux et l'accélération des mouvemens respiratoires. Dans les cas, au contraire, où plusieurs noyaux s'étant réunis, ont donné lieu aux symptômes que provoque ordinairement l'hépatisation, on observera dans la résolution, les phénomènes physiques que nous avons indiqués précédemment pour les pneumonies ordinaires. Suivant MM. Rilliet et Barthez, cette résolution commence du septième

(1) *Loc cit*, p. 107.
(2) *Journ. hebdom.*, juillet, 1833.

au neuvième jour; mais ce n'est guère qu'au vingtième, que les dernières traces de râle disparaissent (1). On voit que comme dans les pneumonies ordinaires, la résolution est assez lente, et il est probable qu'à l'époque où l'on voit cesser la crépitation, le murmure vésiculaire n'a pas encore repris toute sa pureté.

*Pneumonies métastatiques.*

Si les pneumonies métastatiques ont quelques signes spéciaux, jusqu'à présent l'observation a été impuissante pour nous les révéler. On peut dire que de toutes les formes des pneumonies, celle-ci est la seule qui soit à peu près constamment et nécessairement latente. Les résultats fournis par la percussion et par l'accélération, sont absolument nuls, comme je l'ai déjà dit. L'auscultation des mouvemens respiratoires, la sensation d'oppression, existent dans des cas où les poumons sont sains, et ces symptômes paraissent provenir alors du trouble général de l'innervation, de même que la toux qui existe, semble être souvent, plutôt l'effet de la violence de la fièvre, que d'une atteinte directe portée sur les organes respiratoires. Enfin les crachats manquent, ou bien ils sont insignifians ou bien dans les cas rares où ils existent, ils sont plutôt *suspects* que caractéristiques.

Je devrais peut-être terminer cet article par énumérer les symptômes propres à quelques autres formes anatomiques de la pneumonie, telles que la splénisation et la carnification; mais j'ai déjà exposé dans l'étude des symptômes, ce qui est particulier à ces variétés de l'hépatisation pulmonaire; je ne les rappellerai pas ici; devant bientôt, à l'article diagnostic différentiel, rechercher s'il est possible d'arriver pendant la vie à la connaissance de la forme anatomique de la pneumonie.

Je ne parlerai pas non plus de la pneumonie chronique; car j'ai exposé précédemment tout ce qu'il m'était permis de dire à ce sujet. Quant à cette forme de la pneumonie chronique, qui accompagne la phthisie tuberculeuse, nous n'avons aucun moyen de la reconnaître; les phénomènes qui pourraient la caractériser sont masqués par ceux de la maladie principale, ou se

(1) *Loc. cit.* p. 107.

confondent avec eux, d'ailleurs, cette connaissance ne serait pas d'une grande utilité pour nous, ni probablement d'un grand profit pour les malades.

---

# CHAPITRE X.

## CONVALESCENCE. — PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS. — RECHUTES.

On sait que la convalescence est cet état intermédiaire à la maladie qui n'existe plus, et à la santé qui n'existe pas encore. Pour la pneumonie, elle commence lorsque la fièvre ayant *complètement* cessé, les malades peuvent déjà supporter quelques alimens légers. La convalescence étant subordonnée à la durée de la maladie, elle se déclare à une époque variable qu'il nous est impossible de déterminer actuellement; car cette connaissance ne peut ressortir que du choix de la méthode thérapeutique ; c'est donc à l'article du traitement que je renvoie pour connaître exactement la durée de la pneumonie dans les différentes catégories de malades que j'établirai. Je ne puis m'occuper ici que des phénomènes qui marquent le retour à l'exercice régulier de toutes les fonctions.

De toutes les maladies aiguës graves, c'est-à-dire qui mettent la vie en péril, la pneumonie est une de celles dont la convalescence marche le plus rapidement et le plus franchement. En général les fonctions digestives se rétablissent très promptement, et la plupart des malades témoignent le désir de manger, ou du moins de prendre quelqu'aliment liquide, lorsque la fièvre n'est pas encore entièrement éteinte; dès que celle-ci a cessé, les malades peuvent supporter une assez grande quantité de nourriture solide sans en être incommodés. Quoique l'appétit soit assez développé, je ne l'ai jamais vu pourtant se faire sentir d'une manière aussi impérieuse que chez beaucoup d'autres convalescens, et, en particulier, comme chez quelques-uns des individus qui relèvent d'une fièvre typhoïde.

Dans les cas où la pneumonie a été franche, dégagée de toute complication, les forces renaissent aussi avec beaucoup de rapidité, ce qui doit d'autant moins surprendre, que j'ai noté pré-

cédemment combien peu les forces étaient prostrées dans le plus grand nombre des pneumonies qui affectent les adultes. Cependant il est quelques circonstances qui rendent le retour des forces plus long que de coutume ; ces conditions sont : l'âge avancé des sujets, la gravité de la maladie, sa durée insolite, ses complications mais surtout la forme de l'affection. Ainsi ce qui m'a frappé le plus dans la convalescence de la forme adynamique, c'est la lenteur avec laquelle les forces revenaient, quoique cependant les fonctions digestives fussent dans un état parfait d'intégrité. Presque tous les malades ont même quitté l'hôpital avant d'être en état de pouvoir travailler, bien qu'ils fussent arrivés du 30e au 55e jour, à dater du début; par conséquent il m'a été impossible de savoir jusqu'à quelle époque cet anéantissement des forces avait subsisté.

Dans l'épidémie de Noyers, M. Torchet a également noté la longueur de la convalescence pendant laquelle on voyait comme après les maladies graves, la chute des cheveux, la désorganisation de l'épiderme, l'œdème autour des malléoles. Je n'ai jamais noté ces phénomènes, j'avoue pourtant que je ne les ai pas généralement recherchés, mais il est probable qu'ils n'ont pas eu lieu, car la plupart eussent été facilement constatés par nous, et l'œdème effrayant souvent les malades, ou bien produisant de la gêne et quelquefois de la douleur, il est probable que nous aurions été prévenus de son apparition, s'il eût existé.

J'ai souvent été surpris de trouver l'embonpoint encore assez bien conservé chez des malades qui avaient échappé aux dangers d'une pneumonie grave, qui avait exigé un traitement très actif. On peut encore dire de l'embonpoint, ce que je disais tantôt des forces, savoir : que de toutes les maladies aiguës qui mettent la vie en péril, la pneumonie est peut-être celle qui produit le moins de maigreur. Cette proposition est vraie pour les adultes et les vieillards, elle l'est peut-être aussi pour les enfans, même pour les plus jeunes.

Je ne dirai rien du bruit du souffle carotidien, ni des sensations diverses que les convalescens éprouvent, parce que j'ai négligé d'interroger les malades sur ces points, et dans les cas rares où je l'ai fait, je n'ai obtenu que des résultats négatifs. Toutefois on peut établir que par cela même

que la convalescence de la pneumonie est courte, on ne doit pas observer pendant sa durée tous les phénomènes d'excitation ou de perversion nerveuses qu'on retrouve chez les sujets qui ont été très affaiblis, ou dont les centres sensoriaux ont été fortement ébranlés.

Pendant que les fonctions qui ont été sympathiquement troublées durant la maladie, reviennent à leur état physiologique, et lorsqu'elles ont repris toute leur intégrité, on peut, dans la plupart des cas, retrouver encore quelque phénomène morbide du côté de l'organe qui a été le siége de l'affection. J'ai dit en effet précédemment que la plupart des individus, qui quittaient l'hôpital, assez forts et bien portans pour pouvoir reprendre leurs pénibles travaux, toussaient encore plus ou moins, et l'exploration attentive de la poitrine prouvait que le poumon n'avait pas encore repris chez eux toute sa perméabilité.

La douleur de côté est encore un phénomène consécutif de la pneumonie pouvant persister pendant assez longtemps, c'est-à-dire pendant deux ou trois mois. Ainsi il est arrivé chez cinq malades que le point de côté ayant complétement cessé ou étant si peu marqué, que ces individus disaient ne plus souffrir, s'est réveillé ensuite tout à coup, et il a acquis en peu de temps assez d'intensité quoiqu'on fût à une période déjà avancée de la convalescence: plusieurs fois même les individus avaient déjà quitté l'hôpital et repris leurs travaux. Cette douleur de côté ne s'accompagnait d'ailleurs ni de fièvre, ni d'aucun trouble appréciable du côté des principales fonctions. Ce phénomène se rencontrant au même degré pendant la convalescence des pleurésies simples, lorsqu'on l'observe après la pneumonie, il faut l'attribuer bien moins à la maladie du poumon qu'à celle de la plèvre. En effet, des cinq malades qui eurent ainsi une douleur consécutive, je constatai chez trois un bruit de frottement pleural, *correspondant au siége même de la douleur*. Cette circonstance pourrait-elle expliquer la cause de la douleur? peut-on dire qu'elle dépend du frottement de la plèvre contre une surface inégale? je n'ose l'affirmer. Enfin comment se rendre compte de son apparition soudaine ou de son redoublement brusque; on ne saurait invoquer ici l'existence d'une pleurésie nouvelle même très circonscrite puisqu'il n'y a pas eu de fièvre ni aucun indice d'un épanchement du moins un peu abondant. Dirons-nous plutôt que ce sont de fausses

membranes qui, formées pendant la période aiguë de la maladie, se sont ensuite accidentellement détachées ou déplacées, de manière à exercer une pression ou des tiraillemens sur la plèvre? Je l'ignore tout à fait, et jusqu'à présent je n'ai eu aucune occasion de vérifier quel est dans ce cas l'état anatomique des parties, ce qui seul peut-être, pourrait nous éclairer sur la cause de la douleur et sur sa persistance.

*Rechutes.* De toutes les maladies aiguës, la pneumonie est une de celles dans lesquelles les rechutes ont lieu le plus rarement; je ne les ai observées, en effet, que sur un vingt-huitième des malades, proportion peu forte, si on la compare à celle qu'on trouve pour les fièvres intermittentes, les érysipèles, les coliques de plomb, les fièvres typhoïdes. Cependant quelques auteurs ont observé les rechutes en nombre plus considérable que moi; c'est ainsi que M. le docteur Briquet paraît avoir vu seize rechutes sur quatre-vingt-deux pneumonies (1). Cette différence tient-elle au traitement employé ou au régime? je ne le pense pas. D'ailleurs pour être suffisamment fixé à ce sujet, il faudrait savoir précisément ce que M. Briquet entend par rechute. Appelle-t-il de ce nom les cas où les symptômes de la pneumonie s'étant un peu amendés, reprennent ensuite avec une nouvelle intensité, ce ne serait là qu'une recrudescence, et je n'ai point à m'en occuper ici. Quant à moi je n'ai regardé comme rechute que les cas dans lesquels une pneumonie a reparu pendant la convalescence, et à une époque où celle-ci n'était pas encore achevée. J'ai cru nécessaire d'entrer dans ces détails afin d'expliquer peut-être pourquoi mes résultats sont en apparence si différens de ceux obtenus par d'autres auteurs.

Onze malades chez lesquels j'ai observé une rechute de la pneumonie étaient à peu près également partagés entre les deux sexes, leur âge a été très variable. Une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que huit des malades étaient affectés d'une pneumonie du sommet, ce qui semblerait indiquer que les pneumonies du lobe supérieur sont plus sujettes aux rechutes que celles qui envahissent le lobe opposé. Ce résultat s'accorde avec celui de

(1) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 481. — Bien que M. Briquet ait employé le mot *récidive*, j'ai prouvé plus haut que cet auteur avait sans doute voulu dire *rechutes*.

M. Briquet. A quelle cause rapporter cette différence entre les pneumonies du sommet et celles de la base? M. Briquet pense que ce sont les tubercules ou une disposition simplement tuberculeuse qui, seules, peuvent expliquer la plus grande fréquence des rechutes dans les pneumonies des lobes supérieurs. Cependant il me serait impossible d'adopter cette opinion, attendu que chez aucun des malades que j'ai observés, je n'ai constaté des signes rationnels ou physiques de tubercules. Dans aucun cas, je n'ai pu saisir la cause occasionnelle, il ne paraît pas en effet que les malades aient été exposés au froid, ou aient commis des écarts de régime, etc. Les rechutes dans la pneumonie furent observées du treizième au seizième jour, à dater du début; chez un seul, il y eut trois rechutes successives, et la troisième arriva vers le vingt-septième jour, à dater du début des premiers accidens.

Les symptômes qui accompagnaient les rechutes furent à peu près les mêmes que ceux de l'affection première chez deux des malades; c'est-à-dire, qu'il y eut un frisson violent qui marqua l'invasion, il fut suivi d'un point de côté, de la fièvre, des crachats rouillés; si les phénomènes stéthoscopiques avaient cessé, ils reparaissaient; dans le cas où ils existaient encore, ils se sont aggravés. Chez les autres malades, la rechute n'a présenté comme symptôme constant, qu'une fièvre intense; le plus souvent les crachats sont devenus plus visqueux, plus aérés et rouillés, d'autres fois on a retrouvé, soit de la crépitation, soit du souffle bronchique qui avaient diminué ou disparu depuis plusieurs jours.

A en juger d'après les faits que j'ai recueillis, il paraîtrait que les rechutes auraient une durée plus courte que la maladie première; puisque chez cinq malades, elle n'a été que de un à trois jours, n'a pas dépassé six jours chez les autres, et a offert par conséquent une gravité beaucoup moins grande que celle de l'affection primitive. Chez le malade pourtant qui éprouva trois rechutes successives, la durée de chacune d'elles fut de huit et neuf jours, et les symptômes généraux ont été d'autant plus fâcheux que la maladie se reproduisit plus souvent, l'individu courut les plus grands dangers lors de la dernière rechute.

La convalescence peut être entravée, non-seulement par des rechutes de l'affection qui vient de se terminer, mais par

l'apparition de maladies nouvelles. C'est ainsi que j'ai vu se déclarer pendant la convalescence de la pneumonie, une variole ou une varioloïde chez trois; un érysipèle de la face chez deux, une scarlatine chez un. On peut donc établir qu'il est assez rare de voir les individus contracter quelque maladie nouvelle pendant la convalescence d'une pneumonie; on conçoit d'ailleurs qu'il doit en être ainsi, car nous avons vu que dans les pneumonies franches, les forces ayant été peu prostrées se recouvraient promptement; quand la faiblesse est grande, elle persiste en général un peu moins; par conséquent, on voit manquer ici les deux conditions qui paraissent avoir la principale influence dans la production des maladies incidentes qui affectent les convalescens.

Enfin il est des cas de convalescense trompeuse ; ainsi il peut arriver, comme je l'ai déjà dit, que les symptômes aigus de la pneumonie cessent tout à fait, le malade paraît entrer en convalescence, mais les forces, l'embonpoint ne reviennent pas ou ne reprennent qu'incomplétement, et un examen attentif permet alors de reconnaître qu'une portion du poumon est restée imperméable, et que la pneumonie est passée à l'état chronique. On a vu combien cette terminaison de la maladie était rare. Une cause encore peu commune des fausses convalescences, mais pourtant beaucoup moins rare que la précédente, c'est le développement de tubercules pulmonaires, soit que ces produits morbides se développent rapidement, soit ce qui est plus probable, qu'antérieurs à la pneumonie, celle-ci ait pour effet de les multiplier et d'en hâter le ramollissement. Je renvoie l'examen de cette question importante au chapitre dans lequel j'ai recherché quelles sont les maladies aiguës ou chroniques que la pneumonie pouvait aggraver ou produire.

Je n'ai rien à dire de spécial sur la convalescence des pneumonies secondaires, si ce n'est qu'elle est incomparablement plus longue que celle des pneumonies primitives; d'ailleurs il est le plus souvent difficile d'en calculer la marche et la durée, attendu qu'il faut aussi tenir compte de l'affection première, à qui revient le plus souvent la plus grande part dans l'affaiblissement des malades et la langueur des principales fonctions.

# CHAPITRE XI.

## DE LA MORT DANS LA PNEUMONIE. — DE SES CAUSES.

Lorsque la pneumonie eut une issue funeste, la mort arriva pour les pneumonies primitives entre le cinquième et le dix-neuvième jour, et pour les pneumonies secondaires entre le deuxième et le dixième. Je n'ai pas reconnu que la maladie eût aucune tendance manifeste à se terminer par la mort, préférablement à certains jours, comme le croyaient quelques auteurs anciens.

Si nous recherchons suivant quel mécanisme la mort arrive dans la pneumonie le plus souvent, je pourrais même dire presque toujours, nous ne pouvons le préciser. Nous voyons une lésion matérielle plus ou moins étendue, qui a profondément modifié tout l'organisme, troublé les principales fonctions, modifié et presque dénaturé les lois vitales ; mais après avoir constaté tout cela, il nous est encore impossible de percer le voile épais qui nous dérobe les mystères de la nature dans le terrible passage de la vie à la mort. Le génie de Bichat avait vainement lutté contre ces difficultés, aussi ce grand physiologiste ne s'est-il guère occupé dans ses recherches, que des morts rapides, qui sont le résultat subit d'un grand trouble excité dans l'économie, parce que dans ce cas, en effet, l'observation permet de déterminer suivant quelles lois et suivant quel ordre, nos diverses fonctions se terminent. Il est même des pneumonies qui sont suivies d'une issue funeste, sans que nous puissions nous rendre compte de la mort par le nombre et l'étendue des altérations organiques ; c'est ce que j'ai vu pour deux individus, et M. Louis a trouvé lui-même que sur trente-quatre pneumonies qui s'étaient terminées d'une manière funeste, quatre fois la mort ne pouvait être expliquée par l'état de l'organe primitivement affecté, et même chez deux d'entre eux, il n'était pas possible de se rendre compte de la terminaison de la maladie au moyen des lésions de quelque organe que ce fût (1). D'ailleurs,

(1) *Fièvre typhoïde*, t. I, p. 399, 2e édit.

comme l'a encore très bien fait observer M. Louis, lorsqu'on recherche la cause de la mort, on doit non-seulement avoir égard aux lésions matérielles des organes, mais encore au trouble des fonctions. Ainsi les pneumoniques peuvent périr par une dyspnée devenue assez considérable pour intercepter quelque temps la respiration. C'est ce que j'ai vu chez une vieille femme qui était à la fois rachitique, emphysémateuse et affectée d'un retrécissement des orifices du cœur; sous l'influence de cette triple lésion, elle avait habituellement une dyspnée assez considérable; une pneumonie s'étant déclarée dans ces conditions, quoique la phlegmasie fût limitée à un espace circonscrit, l'oppression néanmoins augmenta d'une manière disproportionnée, et la malade succomba réellement par l'interruption de la respiration, ou par asphyxie. D'autres fois c'est par la violence du délire, par l'épuisement qu'il produit, qu'il faut expliquer la mort des individus; c'est ainsi que plusieurs des malades qui eurent un délire violent, tombèrent à la suite de ce surcroît d'excitation dans un collapsus profond, et succombèrent réellement comme si chez eux l'innervation était éteinte.

Bichat a dit que si on étudie les phénomènes de l'agonie, on ne tarde pas à se convaincre que dans le plus grand nombre des cas de morts produites par les diverses maladies, la vie commence à s'éteindre par le poumon. Celui-ci, en effet, s'embarrasse, la respiration est pénible, l'air sort et entre avec peine, la coloration du sang ne se fait que très difficilement, il passe presque noir dans les artères; il y a ici une sorte d'asphyxie lente (1). Ces idées de Bichat sont surtout vraies pour un grand nombre de cas de pneumonie. J. Frank avait aussi signalé l'oblitération des bronches, comme une cause de mort dans les inflammations pulmonaires (2). Plus récemment M. le professeur Piorry a étudié ce sujet plus complétement (3) et a prouvé l'influence que pouvait exercer l'accumulation dans les bronches d'une grande quantité de mucosités qui, s'opposant à l'entrée de l'air, finissaient par produire une véritable asphyxie. Ces conditions se trouvent souvent dans la pneumonie, spécialement chez les enfans et les vieillards; en effet

(1) *Recherche sur la vie et la mort*, édit. de Magendie. p. 456.

(2) *Praxeosmedica, pars secun*, vol. II, p. 375.

(3) *Procédé opératoire*, p. 323, *et méd. prat.*, 7e livraison 1835.

à ces deux extrêmes de la vie, les mucosités sécrétées dans les bronches ont une grande tendance à s'accumuler dans ces conduits à cause de la difficulté de l'expectoration, difficulté qui dépend de l'épuisement des forces; en outre, le décubitus dorsal qui est presque habituel chez ces individus, rend compte aussi pourquoi les liquides engouent si souvent les tuyaux aériens. Ces différentes causes expliquent, je crois, suffisamment l'accumulation des muscosités dans les bronches sans être obligé d'invoquer avec W. Stockes, une paralysie des muscles circulaires de Resseissen. Ce sont ces liquides ainsi accumulés et non expulsés, qui produisent le râle trachéal qu'on entend pendant l'agonie. Mais ici convenons que l'écume bronchique ne fait qu'accélérer le moment fatal et le rendre peut-être plus pénible pour les malades comme pour les assistans; mais indépendamment d'elle, on trouve dans les poumons ou ailleurs, assez de lésions matérielles, ou bien pendant la vie, on a observé des troubles fonctionnels assez graves, pour s'expliquer l'issue fatale de la maladie. La présence de l'écume bronchique me paraît être presque toujours un phénomène d'agonie commençante.

---

## CHAPITRE XII.

### DE L'INFLUENCE DE LA PNEUMONIE SUR LA PRODUCTION ET LA MARCHE DE PLUSIEURS MALADIES.

Une pneumonie survenue chez un sujet en apparence bien portant, peut devenir la cause occasionnelle d'une autre maladie, soit dans le poumon, soit dans un autre organe; d'autres fois, la pneumonie survenant dans le cours d'une autre affection déjà bien caractérisée, exerce sur celle-ci une influence favorable ou fâcheuse. Ce sont là des questions bien importantes et à l'examen desquelles je vais consacrer quelques instans. J'étudierai successivement l'influence de la pneumonie sur la production et la marche des maladies du poumon et du cœur, je rechercherai ensuite, si, comme on l'a dit, la pneu-

monie peut quelquefois produire ou guérir des maladies affectant des organes plus ou moins éloignés; enfin, je terminerai par indiquer ce qu'on doit craindre lorsqu'une inflammation pulmonaire affecte une femme enceinte, et l'influence que la maladie peut exercer sur la marche de la grossesse.

## ARTICLE PREMIER.

### Influence de la pneumonie sur la production et la marche des maladies du poumon.

Lorsqu'on réfléchit aux changemens que l'inflammation apporte dans la structure du tissu pulmonaire, aux modifications intimes que subit la nutrition de ce viscère, on conçoit facilement que sous l'influence de dispositions organiques spéciales et préexistantes, la pneumonie devienne la cause occasionnelle de plusieurs altérations consécutives plus ou moins graves. C'est ainsi qu'on a regardé l'inflammation pulmonaire comme pouvant donner lieu à l'emphysème, à la dilatation des bronches, à l'œdème et aux tubercules. Je vais examiner successivement la valeur de ces différentes opinions.

#### § I$^{er}$. *Influence de la pneumonie sur l'emphysème et la dilatation des bronches.*

Il semble *à priori* que l'emphysème pulmonaire dût être une suite fréquente et presque forcée de la pneumonie. En effet, lorsque le poumon est hépatisé, les vésicules sont agrandies, leurs parois sont épaissies, et leur cavité est obstruée par un liquide plus ou moins visqueux; il semblerait donc rationnel de croire qu'à l'époque de la résolution, quelques-unes des vésicules frappées d'atonie dussent conserver une ampleur plus considérable que d'ordinaire. Cependant il n'en est rien, car aucun des malades dont j'ai recueilli l'histoire, et qui étaient affectés de pneumonie pour la troisième, quatrième ou cinquième fois, n'avaient éprouvé dans l'intervalle de leurs récidives, aucun des symptômes de l'emphysème pulmonaire. Il faut en outre remarquer que chez la plupart des malades, l'emphysème occupe d'abord le bord tranchant des poumons, c'est là du moins qu'il a son maximum de développement, et pourtant c'est précisément cette portion de l'organe qui est le plus

rarement frappée de phlegmasie. M. Louis (1) pense également que la pneumonie, malgré la dilatation des vésicules qui l'accompagne, semble étrangère au développement de l'emphysème. Le même auteur a cité aussi l'histoire d'un emphysémateux, chez lequel l'oppression ne fit pas de progrès sensibles après une pneumonie dont il fut affecté (2).

J'ai cru en effet reconnaître que la pneumonie qui survenait chez un sujet emphysémateux, ne paraissait pas aggraver cette dernière maladie; ainsi, parmi les sujets atteints d'emphysème dont j'ai recueilli l'histoire, il en est trois, et peut-être quatre, qui furent atteints une ou deux fois de pneumonie, sans que ces individus aient remarqué que la dyspnée ait augmenté d'une manière notable à la suite de cette dernière affection. Nous pourrions donc conclure de ce qui précède, que la pneumonie n'a qu'une influence douteuse ou nulle dans le développement de l'emphysème pulmonaire, et que même, lorsqu'elle survient chez un sujet déjà atteint de cette dernière maladie, elle ne paraît pas, du moins le plus souvent, l'aggraver d'une manière notable. Cependant, pour que la dernière conclusion fût rigoureuse, il faudrait posséder un certain nombre de faits dans lesquels la pneumonie aurait envahi les portions même du poumon dont les vésicules étaient dilatées. Or, c'est ce qu'il m'est impossible d'affirmer pour mes malades. Je prie pourtant le lecteur de se rappeler ce que j'ai dit à l'anatomie pathologique (p. 64, 65 et 66) où j'ai donné quelques résultats en opposition avec ce que j'indique actuellement. J'ai avancé en effet, que l'emphysème vésiculaire n'étant pas rare sur le cadavre des enfans morts de pneumonie, j'ajouterai que tout prouve que cette lésion est récente; mais il n'est pas encore certain que la dilatation des vésicules soit réellement l'effet de la pneumonie; il nous a paru, au contraire, qu'elle se liait plus directement à l'existence de la bronchite capillaire qui précède et accompagne si souvent la pneumonie du jeune âge. Quoi qu'il en soit, c'est une question qui reste encore à étudier. Tout ce que nous pouvons affirmer, d'après les observations que nous possédons, c'est que, lorsqu'un

(1) *Mémoires de la Société méd. d'obs.*, t. 1er, p. 255.

(2) Id., obs. 2e, p. 186.

sujet adulte a été affecté de pneumonie, il est très rare qu'il conserve de l'oppression, de la dyspnée et les autres symptômes propres à l'emphysème,

Quant à l'influence de la pneumonie sur la dilatation des bronches, j'ai déjà prouvé, je crois, que cette lésion qu'on ne rencontre guère que chez les enfans, était encore bien moins l'effet de la pneumonie que de la bronchite et de l'accumulation de mucosités abondantes dans le tube aérien.

§ II. *Influence de la pneumonie sur la production de l'œdème.*

Si l'opinion de Laënnec était exacte, il faudrait regarder la pneumonie comme étant une des causes les plus ordinaires de l'œdème des poumons. L'illustre auteur du *Traité de l'auscultation* dit en effet (1), que la pneumonie terminée par résolution, laisse après elle une grande disposition à l'infiltration du tissu pulmonaire ; que les sujets chez lesquels il avait trouvé les œdèmes du poumon les plus universels et les plus intenses, étaient morts peu de temps après avoir éprouvé une péripneumonie grave; il ajoute même, que la résolution de l'engorgement inflammatoire du poumon est presque toujours accompagnée d'un certain degré d'œdème. J'ignore sur quelles observations et sur quel nombre de faits Laënnec fonde ses assertions; il ne cite d'ailleurs qu'un seul cas d'œdème qu'il dit avoir été consécutif à une péripneumonie (2). Cependant en lisant cette observation, on ne trouve d'abord aucun signe positif qui indiquait une pneumonie, et surtout une pneumonie double; le malade ayant une maladie organique du cœur a succombé aux progrès de cette affection deux mois environ après le début de cette prétendue pneumonie, et à l'autopsie, indépendamment de quelques noyaux d'hépatisation étendus çà et là, on trouva les deux poumons pénétrés d'une grande quantité de liquide séreux, ce qu'il est assez ordinaire de voir chez les sujets qui meurent avec une maladie organique du cœur, sans invoquer, pour expliquer cet œdème passif, l'existence d'une pneumonie antérieure.

Quant aux phénomènes d'auscultation et de percussion qui persistent longtemps après la guérison apparente d'une pneu-

(1) T. I, p. 421, 4e édit.

(2) T. I, obs. XI, p. 444.

monie, et qu'on a expliqués par la production d'un œdème consécutif, j'ai déjà eu occasion de m'expliquer à ce sujet (1). J'admets pourtant la possibilité d'un œdème pulmonaire à la suite d'une pneumonie aiguë, mais je regarde ce fait plutôt comme possible que comme réellement prouvé.

§ III. *Influence de la pneumonie sur la production et la marche des tubercules pulmonaires.*

Les médecins ont presque de tout temps attribué une grande part à l'inflammation pour expliquer le développement des tubercules pulmonaires. Sans vouloir remonter bien loin, je puis citer Morton (2), qui regarde la phthisie pulmonaire, comme étant très *fréquemment* produite par la pneumonie et la pleurésie, et il paraît même que cette opinion était acceptée comme vraie par la plupart des médecins de son époque. Dans le dernier siècle, Avenbrugger et son illustre commentateur (3), Stoll dans plusieurs endroits de ses œuvres et en particulier dans ses aphorismes (4), ont également soutenu que la pneumonie dégénérait quelquefois en squirrhes, en tubercules, en indurations, expressions par lesquelles ces médecins désignaient les dégénérescences tuberculeuses du viscère. Enfin Pujol (5) rapporta surtout la production des tubercules pulmonaires à une inflammation lente, opinion qui a été reproduite plus tard, et l'on peut dire exagérée par le fondateur de l'école physiologique. Cependant plusieurs médecins ont, depuis le commencement de ce siècle, beaucoup limité l'influence qu'on attribuait à la pneumonie dans la production des tubercules. Ainsi Bayle (6) conclut de ses recherches, que les inflammations thoraciques étaient plus rarement qu'on *ne pense des causes déterminantes de phthisie*. Laënnec (7) a émis la même opinion ; il a encore plus restreint que Bayle le rôle de la pneumonie aiguë

(1) Voir plus haut page 312.

(2) *Oper. med.*, t. Ier, p. 112.

(3) *Mal. chroniques dans lesquelles il y a le son contre nature*, p. 152, *du Traité de la percussion.*

(4) Aphorisme 157. trad. de Corvisart. p. 97.

(5) OEuvres de *Méd. prat.*, t. Ier p. 43.

(6) *Recher. sur la phthis.*

(7) T. II, 4e édit., p. 69.

dans la production des tubercules; car il dit, qu'il est assez rare de voir les symptômes de phthisie se développer à la suite d'une pneumonie aiguë, et dans ce cas même, il n'est pas possible de décider si la pneumonie a donné lieu au développement des tubercules, ou si, au contraire, les tubercules agissant comme corps irritans ont déterminé la pneumonie. M. Louis (1), étudiant à son tour cette importante question à l'aide de cette méthode rigoureuse qu'il a introduite dans l'étude de la pathologie et de la thérapeutique, a également établi comme *douteuse* l'influence qu'exerce la pneumonie dans la production des tubercules. Enfin M. Andral (2) tout en reconnaissant que quelques phthisies succèdent à une pneumonie, ajoute que l'observation lui a démontré, que les tubercules se développent beaucoup plus communément sans pneumonie antécédente appréciable pour nous, et que celle-ci ne survient plus tard que comme complication.

En ne consultant que l'histoire, le mode d'invasion et la marche des deux maladies, on pourrait *à priori* soupçonner le peu d'influence de la pneumonie dans la production des tubercules. En effet, l'inflammation du parenchyme pulmonaire se développe le plus souvent de la base au sommet et les tubercules marchent presque constamment d'une manière inverse ; la pneumonie occupe assez rarement les deux côtés de la poitrine, la phthisie existe presque toujours dans les deux poumons ; enfin celle-ci est moins fréquente chez l'homme que chez la femme, c'est l'inverse pour la pneumonie (3).

Pour connaître exactement les rapports qui pouvaient exister entre les pneumonies et les tubercules pulmonaires, j'ai interrogé 72 phthisiques sur les maladies qu'ils avaient éprouvées avant leur entrée à l'hôpital ; or, sur ces 72 malades, deux avaient eu une pneumonie plus ou moins grave et bien caractérisée, trois ou quatre ans avant les premiers symptômes de la phthisie; le rétablissement avait été complet ; deux autres malades avaient eu une pneumonie, dix-huit mois ou deux ans auparavant, et c'est à dater de cette époque qu'ils ont com-

(1) *Recher. sur la phthis.* p. 525.
(2) *Clin.*, 4e édit., t. IV, p. 222.
(3) *Louis, recher. sur la phthis.*, p. 524.

mencé à éprouver de la dyspnée, de la toux et un peu d'amaigrissement. Ces résultats diffèrent peu de ceux que M. Louis a obtenus, puisque sur 80 phthisiques qu'il a interrogés, il n'en a trouvé que trois qui eussent éprouvé quatre ans avant de mourir une pneumonie; chez eux ce fut à dater de cette époque qu'on vit recommencer la toux et les crachats qui n'avaient pas cessé depuis lors.

Ainsi les faits qui précèdent, démontrent que des symptômes de phthisie peuvent survenir quelquefois consécutivement à une pneumonie aiguë; mais est-on en droit de conclure qu'il existe un rapport bien évident, bien démontré de cause à effet entre ces deux affections? je ne le pense pas. Je crois avec Laënnec (1), que dans la grande majorité des cas, l'affection tuberculeuse est antérieure à la pneumonie et que les tubercules agissant comme corps irritans, sont la cause occasionnelle de la maladie. D'ailleurs, l'anatomie pathologique le prouve; car chez la plupart des individus qui succombant à une pneumonie, portent en même temps des tubercules, ceux-ci ont généralement un volume assez considérable, ils sont plus ou moins ramollis, et leur aspect seul démontre qu'ils n'ont pu être produits en quelques jours. Cependant, je me hâte de dire, que je nie nullement qu'une éruption de tubercules ne puisse avoir lieu à l'occasion ou dans la convalescence d'une pneumonie. Ainsi, M. le professeur Andral (2) a vu quelquefois plusieurs petits tubercules miliaires, être disséminés dans tout un poumon hépatisé; le même médecin a également observé plusieurs fois, soit sur l'homme, soit sur des chevaux, que des pneumonies lobulaires s'accompagnaient de la formation de tubercules miliaires, tandis que ces productions n'existaient pas dans les portions du poumon restées saines. Mais que doit-on raisonnablement conclure de ces faits, si ce n'est que si ces individus n'avaient pas déjà des tubercules dans les poumons, ils en portaient au moins le germe, et l'on conçoit que le travail inflammatoire, dont le poumon a été le siége, ait pu modifier assez la nutrition de l'organe pour provoquer l'apparition des tubercules auxquels l'individu était déjà prédisposé. Pour

(1) *Loc. cit.*, t., II. p. 71.

(2) *Clin.*, t. IV. p. 222 et 42.

me servir d'une comparaison de Laënnec, que je crois juste, je dirai que le poumon enflammé ressemble à la terre fortement labourée après un long repos, qui fait germer une multitude de graines qu'elle renfermait dans son sein, depuis plusieurs années.

Je conclus de ce qui précède; 1° que la phthisie pulmonaire succède immédiatement à une pneumonie que dans des cas fort rares (moins d'un trentième); 2° que même alors, il n'est pas démontré que la phthisie soit une conséquence de la pneumonie; tout fait présumer au contraire, que les tubercules ont été antérieurs à l'inflammation pulmonaire et en ont peut-être provoqué l'apparition; 3° enfin que dans les cas infiniment rares (puisque pour ma part je n'ai jamais observé) où des tubercules miliaires ont paru se développer dans des poumons hépatisés, la pneumonie a agi alors comme cause occasionnelle, et nullement comme cause *prochaine*. Je regarde en outre, comme une circonstance très rare, que la pneumonie provoque une éruption de tubercules chez des sujets simplement *prédisposés*. Ainsi, parmi les 305 malades atteints de pneumonies, dont j'ai analysé les observations pour ce travail, 22 présentaient cet ensemble de la constitution, qu'on regarde généralement comme une prédisposition à la phthisie; en outre plus de la moitié d'entre eux comptaient parmi leurs parens les plus proches, une ou plusieurs personnes qui avaient succombé à la consomption pulmonaire; cependant tous ces individus, sans aucune exception, ont guéri, leur rétablissement était complet à l'époque où ils quittèrent l'hôpital, et ces pneumonies n'ont différé, ni par leur cause, ni par leurs symptômes ou leur marche des pneumonies ordinaires survenues chez des sujets non prédisposés à l'affection tuberculeuse.

Que doit-on redouter d'une pneumonie qui frappe un poumon déjà envahi par les tubercules, surtout lorsque ceux-ci ont déjà manifesté leur présence par quelque trouble fonctionnel? Le docteur Clark (1), après avoir combattu l'opinion de ceux qui regardent la pneumonie comme cause de tubercules, ajoute, que l'inflammation pulmonaire est un des événemens les plus fâcheux qui puissent survenir chez un malade déjà tuber-

(1) *Traité de la consomption*, trad. de l'anglais, p. 240 et 245.

culeux ; car *jamais, dit-il, elle ne manque d'aggraver la maladie ; fréquemment, elle change une phthisie latente en une maladie rapidement mortelle*, elle rend le tissu pulmonaire incapable de remplir ses fonctions et le dispose à devenir le siége de la matière tuberculeuse. Le même médecin pense également, que la rapidité de la consomption qui succède à la scarlatine, notée par Morton, est principalement due à l'inflammation de la plèvre et des poumons, surajoutée à une affection tuberculeuse qui existait antérieurement. M. le professeur Andral croit aussi (1) que la pneumonie qui survient chez les phthisiques consécutivement au développement des tubercules, favorise la multiplication de ces produits morbides, souvent aussi, dit-il, la pneumonie passe à l'état chronique et provoque alors ces indurations qu'on rencontre si fréquemment autour des cavernes.

J'ai examiné avec toute l'attention qu'elles méritent, les opinions émises par les deux habiles médecins que je viens de citer, et voici les résultats auxquels je suis parvenu.

J'ai recueilli l'histoire de 10 individus qui, présentant déjà depuis un temps plus ou moins long des symptômes rationnels ou physiques de tubercules, furent affectés de pneumonie, *envahissant dans tous les cas le sommet d'un des poumons*, c'est-à-dire la portion de l'organe qui était le siége des productions accidentelles. Or, voici ce qui est arrivé : tous les malades ont guéri de la pneumonie, et la convalescence s'est déclarée du septième au vingt-deuxième jour à dater du début ; 9 malades ont quitté l'hôpital après avoir recouvré l'appétit, les forces, l'embonpoint qu'ils avaient avant le développement de la dernière maladie qui les avait amenés dans nos salles, plusieurs même se sentaient plus forts qu'auparavant, et tous avaient l'intention de reprendre leurs travaux immédiatement. Une malade qui fut traitée à la clinique de M. le professeur Chomel, dans le courant de mai 1835, n'eut qu'une convalescence éphémère, les symptômes de consomption marchèrent bientôt avec plus de rapidité et elle succomba vers le milieu du mois d'août. Chez elle, le travail de la tuberculisation avait marché avec une effrayante rapidité du côté gauche, qui avait été le siége de la pneumonie ; elle fit en même temps beaucoup de progrès dans le poumon droit ;

(1) *Clin.*, t. III, p. 392.

toutefois, à l'autopsie, on constata que les altérations n'étaient pas à beaucoup près, ni aussi profondes, ni aussi étendues dans le côté droit de la poitrine que dans le côté gauche.

Il est impossible de nier, dans ce cas, l'influence fâcheuse que la pneumonie a exercée sur le développement et la marche des tubercules. M. le professeur Andral a vu plusieurs faits à peu près semblables à celui que je viens de rapporter (1), c'est-à-dire que des malades qui éprouvaient quelques accidens qui pouvaient faire redouter la présence des tubercules, ayant été pris d'une pneumonie, celle-ci favorisait la multiplication et hâtait le ramollissement des produits morbides, de telle sorte que pendant la convalescence de la pneumonie, la phthisie qui n'était jusqu'alors que soupçonnée, devenait tout à fait manifeste. Enfin, j'ai encore observé un malade qui, présentant des signes rationnels et physiques de tubercules, avant la pneumonie, les symptômes aigus de celle-ci disparurent facilement, le malade put reprendre pendant plusieurs mois, des fonctions pénibles; cependant ses forces et son embonpoint ne revinrent pas complétement; il continua à tousser, et était oppressé dès qu'il se fatiguait un peu. Il est probable que chez lui, bien que la pneumonie se fût terminée par résolution, les tubercules étaient devenus plus nombreux, ou bien leur ramollissement avait été accéléré par la phlegmasie intercurrente.

S'il m'était permis de tirer quelques conclusions du petit nombre de faits que je viens d'analyser, je dirais que la pneumonie qui survient dans le cours d'une phthisie confirmée, peut, il est vrai, accélérer beaucoup la marche de cette dernière, mais je crois que cela n'a lieu que dans le plus petit nombre des cas; que le plus souvent, la pneumonie limitée à une petite surface et au voisinage des tubercules, ne s'accompagne pas de symptômes bien graves; qu'elle a une marche régulière, une durée moyenne de douze à quinze jours; qu'elle est suivie presque toujours de guérison, et ne semble pas avoir aggravé la maladie primitive. M. Louis paraît être arrivé à un résultat semblable, puisqu'il dit, que dans les cas où la pneumonie survient chez des phthisiques qui ont encore des forces et un certain embonpoint, elle guérit presque toujours; et il établit avec beaucoup de raison une grande différence

(1) 49[e] *obs.*, t. III, p. 392, 4[e] édit.

entre les effets de la pneumonie, et ceux de la pleurésie, sur la marche des tubercules. Celle-ci guérit rarement chez les phthisiques, et même dans le cas où l'épanchement se résorbe, on voit en même temps la maladie primitive précipiter sa marche vers une terminaison fâcheuse, tandis que nous avons prouvé, que le contraire avait souvent lieu pour la pneumonie.

## ARTICLE II.

### Influence de la pneumonie sur la production et sur la marche des maladies organiques du cœur.

Les médecins, frappés des rapports intimes qui existent entre le cœur et les organes de la respiration, ont admis depuis longtemps que les maladies des poumons pouvaient devenir l'origine ou la cause déterminante de diverses affections organiques du cœur ou des gros vaisseaux ; mais la plupart n'ont émis que des opinions erronées, ou dont l'exactitude du moins n'a été démontrée par aucune preuve directe. Ainsi Willis, mais surtout Sénac (1), ont prétendu que lorsque le poumon est hépatisé, il en résulte un obstacle au cours du sang, qui a pour effet d'accumuler ce liquide dans les cavités droites du cœur, et de les dilater. Grimaud (2) dit avoir aussi souvent observé des anévrismes du cœur chez les individus qui avaient fréquemment éprouvé des inflammations du poumon, sans préciser davantage son assertion. Avenbrugger signale également la fréquence des *anévrismes* du cœur chez les sujets qui succombent avec une pneumonie ; (3) mais il est évident que l'illustre inventeur de la percussion n'a voulu parler que de ces dilatations passives du cœur, qu'on peut observer, il est vrai, dans la pneumonie lorsqu'une grande quantité de sang s'est accumulée dans les cavités de l'organe, mais ces dilatations n'ont aucune importance pathologique et ne constituent qu'un phénomène d'agonie.

Parmi les auteurs modernes, nous trouvons Corvisart (4), qui signale aussi la péripneumonie en particulier comme une cause

(1) *Mal. du cœur.* 2e édit., Paris, 1778, in-12, t. Ier, p. 410.
(2) *Traité des fièv.* t. II, p. 76.
(3) *Obs.* XIV et Sequen. p. 120 du *traité de la Percus.*
(4) *Essai sur les mal. du cœur,* p. 382, 3e édit., Paris, 1818.

des anévrismes du cœur; ceux-ci se développeraient suivant lui, soit parce que la libre circulation du sang est empêchée, soit parce que l'inflammation s'étant propagée au cœur lui-même, cet organe a été affaibli par la maladie à laquelle il a participé. Suivant le même observateur, les pneumonies mal guéries, les pneumonies chroniques, joueraient un rôle plus important encore dans la production des maladies du cœur, parce que leurs effets sont plus prolongés et plus constans. Laënnec (1) a émis à peu près la même opinion sur l'influence de la pneumonie chronique dans la production des maladies du cœur. Il explique le développement de celles-ci par la gêne que la circulation doit éprouver, et à cause aussi des efforts de contraction auxquels le cœur est obligé de se livrer pour vaincre les obstacles qui s'opposent à la pénétration du sang dans les poumons. Cependant si on se rappelle que Laënnec n'a vu qu'un très petit nombre de cas de pneumonie chronique, on sera convaincu que cet illustre médecin a émis ici une opinion fondée plutôt sur la théorie et les probabilités que sur l'observation des faits. Mais à défaut de cas de pneumonie chronique qui nous manqueront longtemps encore, nous pouvons presque juger la valeur des opinions de Corvisart et de Laënnec, d'après l'état dans lequel nous trouverons le cœur chez les sujets qui succombent à la phthisie pulmonaire, puisqu'il y a entre ces derniers et ceux qui sont emportés par les pneumonies chroniques beaucoup de conditions communes, telles que la longueur de la maladie, un amaigrissement considérable, la dureté, l'imperméabilité du poumon; aussi les auteurs avaient-ils regardé pendant longtemps la phthisie comme une cause puissante des anévrismes du cœur. M. Louis a prouvé, il y a longtemps, que cette opinion n'avait pas le témoignage des faits en sa faveur (2); et plus récemment, M. le docteur Bizot a également mis hors de doute (3) que le cœur, loin d'augmenter de volume chez les phthisiques, subissait au contraire une diminution notable dans ses dimensions, portant non-seulement sur l'organe en masse et sur la capacité des ventricules, mais encore sur l'épaisseur des parois

(1) T. III, p. 170, 4e édit.

(2) *Recher. sur la phthisie.*, p. 51.

(3) *Mém. de la société méd. d'Obser.* t. Ier, p. 290.

elles-mêmes. Il est infiniment probable que la même disposition doit se rencontrer chez les sujets qui meurent de pneumonie chronique, autant du moins qu'il est permis d'affirmer un fait lorsqu'on ne peut invoquer en sa faveur que le témoignage souvent trompeur de l'analogie.

De nos jours, M. Bouillaud (1), reproduisant les idées de Corvisart, pense que la pneumonie était une cause de maladies du cœur ou des gros vaisseaux, par suite de l'extension à ces organes de la phlegmasie qui a envahi primitivement les poumons. Enfin, M. le docteur Legroux, dans un travail très intéressant, publié il y a quelques années (2), a aussi beaucoup insisté pour prouver l'influence toute puissante que la pneumonie exerçait dans la production des maladies organiques du cœur. Ce médecin dit en effet que sur les trente et une observations rapportées dans le livre de Corvisart, on voit huit fois l'affection du cœur débuter à la suite de la pneumonie; enfin, suivant le même auteur, sur les dix-huit faits consignés dans l'ouvrage de MM. Bertin et Bouillaud, les seuls où l'on ait mentionné les commémoratifs, on remarque encore qu'une pneumonie aurait précédé trois fois le développement d'une lésion organique du cœur, ce dont M. Legroux se rend compte en supposant avec Corvisart et M. Bouillaud, que l'inflammation pulmonaire s'est étendue aux enveloppes du cœur. Ayant parcouru moi-même les observations consignées dans le traité de Corvisart, je n'en ai trouvé réellement que deux (la vingt-deuxième et la vingt-cinquième), dans lesquelles la pneumonie puisse être considérée comme la cause de l'affection du cœur, puisque chez les 2 malades, les premiers symptômes de la maladie de cet organe se déclarèrent pendant la convalescence, ou du moins peu de temps après la phlegmasie pulmonaire. Dans les autres cas, les renseignemens donnés sont trop peu précis, ou bien il y a eu un temps trop long écoulé entre la cause qu'on invoque et le développement de la maladie consécutive, pour qu'on puisse établir entre eux aucun rapport probable de cause à effet.

Dans son *traité clinique des maladies du cœur*, M. Bouillaud

(1) *Clin. méd.*, t. II. p. 137

(2) *L'Expérience*, t. I^er^, p. 212.

rapporte aussi cinq observations d'individus qui avaient eu une ou plusieurs fois dans leurs antécédens, une pneumonie plus ou moins grave, mais en lisant ces faits avec attention, il est aisé de se convaincre que dans trois cas (observations soixante-deuxième, cent-quatorzième et cent dix-neuvième), il n'existe aucune relation certaine ni même probable entre les pneumonies antérieures et l'affection du cœur. Mais dans les deux autres (observations soixante-quatrième et soixante-neuvième), ce rapport paraît évident, car l'oppression et les palpitations se développèrent pour la première fois à la suite d'une pneumonie dont ces individus venaient d'être affectés.

Si je consulte maintenant les faits que j'ai moi-même recueillis, je vois que sur 36 observations de maladies organiques du cœur, dans lesquelles les antécédens des malades ont été indiqués avec grand soin, je n'en trouve que trois qui aient présenté les symptômes d'une pneumonie à une époque plus ou moins éloignée; chez 2 de ces malades, il ne m'a paru y avoir aucun rapport entre l'inflammation pulmonaire et l'affection du cœur, puisque sur ces deux malades, il s'est écoulé plusieurs années d'une santé parfaite : mais chez une femme de soixante-huit ans, qui avait éprouvé, douze ans auparavant, une pneumonie, il m'a paru que les premiers symptômes de la maladie du cœur s'étaient déclarés immédiatement à la suite de la phlegmasie pulmonaire. On pense bien que je n'accepte ce fait qu'avec la plus grande réserve à cause de l'époque éloignée à laquelle la malade était obligée de reporter ses souvenirs; mais ce que j'ai dit dans un des précédens chapitres, des complications qu'on observe quelquefois dans le cours des pneumonies du côté du centre circulatoire, explique comment, dans quelque cas, les symptômes d'une maladie organique ont paru succéder immédiatement à une inflammation pulmonaire. Le fait suivant que j'ai observé l'année dernière prouve également l'influence dont je parle.

Un homme de 48 ans, assez fortement constitué, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu ni des palpitations, ni l'haleine courte, entra le 17 juillet 1840, dans le service de l'Hôtel-Dieu, (annexe) dont j'étais alors chargé, pour y être traité d'une pneumonie assez grave, datant de quatre jours et qui occupait la moitié inférieure du poumon droit. Le cœur ausculté par moi les deux premiers jours seulement, ne me présenta

rien de morbide, la pneumonie qui avait résisté à deux saignées copieuses céda à l'emploi du tartre stibié administré pendant 48 heures seulement. La convalescence était complète le neuvième jour à dater des premiers accidens; cependant quelques jours après, le malade s'étant levé, éprouva de l'oppression, de l'essoufflement pour monter quelques marches, ses jambes s'œdèmatièrent. L'ayant alors examiné avec soin, je trouvai le pouls régulier, battant 76 fois par minute ; les pulsations étaient peu fortes et assez dépressibles, il n'y avait aucune impulsion à la région précordiale, mais les battemens entendus sur une plus grande surface étaient sourds, et sur le bord gauche du sternum, à la hauteur du mamelon, on distinguait du souffle au premier bruit. La percussion faisait entendre la matité du cœur sur une étendue transversale de douze centimètres et de un décimètre verticalement. La région précordiale n'offrait aucune voussure ; quoique sourds, les battemens du cœur étaient superficiels et n'étaient séparés de l'oreille par aucun corps intermédiaire ; il y avait de l'oppression. Les jours suivans, les accidens s'accrurent, de la sérosité s'épancha en petite quantité dans le ventre, et le pouls offrit momentanément quelques irrégularités. Ces symptômes persistèrent pendant 25 jours avec toute leur intensité. Sous l'influence de la digitale donnée en poudre, de quelques diurétiques et des laxatifs, les accidens cédèrent peu à peu; à la fin de juillet le souffle avait cessé ainsi que l'œdème, l'oppression était beaucoup moindre, la matité du cœur avait diminué de trois centimètres transversalement et de plus d'un centimètre verticalement. Enfin le malade sortit un mois après, n'éprouvant plus qu'un peu d'essoufflement quand il montait un escalier rapide. Cependant ces accidens n'ont pas tardé à disparaître presque complétement; ayant en effet revu ce malade deux mois après, à l'occasion d'un accident qui nous le ramenait, il me dit qu'il était peu oppressé et qu'il pouvait travailler de son état de couvreur. Les battemens du cœur étaient toujours un peu sourds, mais ils ne présentaient aucun bruit morbide, et la matité de la région précordiale avait à peine neuf centimètres en travers, et six verticalement.

Ainsi voilà des accidens aigus du côté du cœur qui sont survenus brusquement dans le cours ou la convalescence de la pneumonie. A quelle maladie rapporter les troubles observés

chez ce malade du côté du centre circulatoire? la chose est difficile à déterminer. Ce n'était certainement pas une péricardite. Y avait-il endocardite? je l'ignore, car les symptômes de cette affection ne sont pas encore suffisamment établis pour la diagnostiquer, on ne peut guère que la soupçonner. Ce qu'il y a de plus certain, c'est que chez notre malade le cœur était augmenté de volume. Y a-t-il eu ici une dilatation passive des cavités? je serais assez porté à le croire, cette opinion me paraît être en effet la plus probable et celle que fait naître naturellement l'examen et la comparaison des symptômes observés.

Ainsi en réunissant les observations de Corvisart, de M. Bouillaud et les miennes, on trouve trois cas de dilatation anévrismale, et trois d'induration valvulaire, qui prouvent que les premiers symptômes d'une maladie du cœur peuvent se développer à la suite d'une pneumonie. Cependant je ne crois pas qu'il soit démontré, que dans tous ces cas, la pneumonie a réellement produit la maladie du cœur, car il n'y aurait rien d'impossible que celle-ci n'existât déjà à l'état latent depuis un temps plus ou moins long, et qu'elle n'eût fait explosion à l'occasion du trouble qu'avait excité dans la circulation cardiaque, une maladie grave des poumons. Cette opinion n'est peut-être pas sans fondement, il n'y aurait d'ailleurs rien d'extraordinaire qu'il en fût ainsi, puisqu'on a vu plusieurs fois des maladies organiques du cœur très graves, et en particulier une communication entre les cavités droite et gauche n'exciter pendant long-temps aucun trouble dans les fonctions, et se révéler ensuite graduellement ou brusquement à la suite d'une commotion morale, d'une douleur vive ou d'une maladie aiguë; c'est-à-dire à la suite de causes qui avaient apporté un trouble subit dans la circulation.

En résumé, on ne peut s'empêcher d'admettre aujourd'hui que la pneumonie peut être une cause active des maladies organiques du cœur et de l'aorte, toutefois on doit reconnaître aussi que ce n'est que dans des cas très rares, qu'on voit les inflammations pulmonaires avoir un pareil résultat. Dans les cas dont je parle, il est probable que la pneumonie peut agir de plusieurs manières; tantôt c'est l'inflammation qui, du poumon s'étant propagée aux enveloppes du cœur ou de l'aorte, a modifié la nu-

trition de ces organes et a donné lieu à des lésions persistantes; d'autres fois ce sont des caillots qui, s'organisant spontanément, contractent des adhérences avec les parois du cœur ou de l'aorte, ils subissent plus tard diverses transformations organiques, et donnent lieu consécutivement à différentes altérations qui portent sur la capacité des cavités du cœur et sur l'épaisseur des parois. On a vu précédemment, d'après les faits curieux rapportés par MM. Bouillaud et Dalmas, comment la pneumonie pouvait être l'occasion d'un rétrécissement et peut-être même d'une oblitération complète de l'aorte. Enfin il est peut-être possible que la pneumonie puisse produire une affection du cœur d'une manière mécanique, en produisant une accumulation considérable de sang dans les cavités du cœur ; cette dernière cause n'est pourtant pas démontrée, je ne la regarde que comme probable, et j'ai cité précédemment en sa faveur, un fait que d'autres interpréteront peut-être différemment.

Quelle influence la pneumonie exerce-t-elle sur la marche des maladies organiques du cœur, lorsqu'elle survient dans le cours de ces dernières? Il semble que la pneumonie, en augmentant la dyspnée habituelle des malades, en imprimant un trouble profond à la circulation cardiaque, dût avoir pour effet constant d'aggraver les maladies organiques du cœur, qu'elle vient compliquer. Cependant il ne paraît pas que cet effet ait lieu dans le plus grand nombre des cas; ainsi, sur sept malades qui eurent une pneumonie grave dans le cours d'une affection organique du cœur, déjà assez avancée, et qui furent assez heureux pour en guérir, tous se rétablirent complétement, tous quittèrent l'hôpital éprouvant au même degré qu'avant la pneumonie, les symptômes propres à la maladie du cœur ; mais chez l'un d'eux les accidents augmentèrent au bout de quelques jours, il rentra six semaines après, ayant un œdème considérable, et il ne tarda pas à succomber. J'ignore quel a été le sort des six autres.

Chez le malade dont je viens de parler, les accidents du côté du cœur ne se sont aggravés que quelques jours après la sortie de l'hôpital et dix ou douze jours après la guérison de la pneumonie. Cependant je crois qu'on ne peut s'empêcher d'admettre que celle-ci a été, soit directement, soit indirectement, la cause véritable des accidens qui sont survenus. Je conçois que ceux-ci

n'aient pas éclaté quand le malade était encore à l'hôpital, gardant le repos et suivant un régime, mais dès qu'il a voulu reprendre ses anciennes occupations, les troubles du côté du cœur ont apparu avec force et ont prouvé que la maladie aiguë que cet individu venait de subir, avait modifié l'organe central de la circulation, sinon dans sa structure, du moins dans ses fonctions.

## ARTICLE III.

### Influence de la pneumonie sur la production et la marche de plusieurs autres maladies.

(Hydropisies ; maladies cutanées, manie).

1° *Hydropisies.* Je ne mentionne qu'en passant l'opinion de quelques pathologistes anglais et du docteur Abercrombie, en particulier, qui signalent les inflammations pulmonaires comme pouvant donner lieu à une hydropisie générale (1); mais en parcourant la description qu'ils donnent, il est réellement impossible de se former une idée un peu exacte du siége de la lésion principale, ainsi que de sa nature. En France où, depuis plusieurs années surtout, les diverses espèces d'hydropisies ont été étudiées avec beaucoup de soin, et rattachées à des altérations distinctes; personne que je sache n'a encore vu des anasarques qu'on pût rapporter à une inflammation du parenchyme pulmonaire; pour ma part je n'ai jamais rien vu depuis dix ans qui pût confirmer les assertions de nos confrères d'outre-mer.

2° *Affections cutanées.* Lorsqu'une pneumonie se déclare dans le cours d'une affection cutanée, elle exerce le plus souvent sur celle-ci une action dérivative plus ou moins complète. On voit en effet la maladie de peau diminuer souvent d'intensité et quelquefois disparaître tout à fait, soit que cette disparition soit définitive, soit que l'éruption cutanée se reproduise plus tard, lorsque la phlegmasie des poumons a elle-même diminué ou cessé. L'action dérivative exercée par la pneumonie sur les affections cutanées est facile à constater dans les fièvres éruptives, et en particulier, dans la rougeole et dans la variole. Ainsi lorsque la phlegmasie pulmonaire commence avec l'éruption, celle-ci est incomplète, irrégulière, mal dessinée; si la pneumo-

(1) *Edimb. méd. and. surg. jour.*, t. XIV. p. 165.

nie ne commence que lorsque l'éruption est entièrement sortie, on ne tarde pas à constater pour la rougeole, que les taches pâlissent, s'effacent et disparaissent même tout à fait; mais plus communément elles prennent une couleur violacée ou bleuâtre. Dans la variole, les boutons pâlissent, ils prennent quelquefois une teinte livide ou bleuâtre ; si on les presse, ils ne donnent plus au toucher cette sensation de dureté, et plus tard d'élasticité, que présente l'éruption variolique dans le premier septénaire, lorsqu'elle est régulière ; si la pneumonie survient pendant la période de suppuration, les pustules s'affaissent brusquement, elles sont flétries à une époque où elles devraient encore offrir beaucoup de tension et de résistance. Cette influence exercée par la pneumonie sur la maladie cutanée, est toujours du plus fâcheux augure, et tous les malades chez lesquels elle a été observée ont succombé sans aucune exception.

Dans d'autres affections cutanées, la révulsion exercée par la pneumonie peut être favorable, et l'on peut voir cesser alors des affections qui persistaient depuis un temps plus ou moins long, et avaient quelquefois résisté à des traitemens très prolongés. Ainsi, j'ai vu une jeune fille mal réglée qui, portant aux jambes un érythème depuis plusieurs mois, et ayant été affectée d'une pneumonie grave, la maladie de peau diminua si rapidement, qu'en six jours elle avait tout à fait cessé pour ne plus reparaître, ne laissant dans le point qu'elle avait occupé qu'une couleur bleuâtre. Ce qu'il y a de remarquable c'est que la pneumonie peut exercer cette action révulsive dans les affections cutanées qui sont de nature spécifique ; tantôt l'état morbide de la peau disparaît pour toujours, d'autres fois il revient spontanément et peut reprendre même son intensité première, dès que les symptômes thoraciques se sont amendés ou ont complétement cessé. Ces effets ont surtout été observés dans les cas de syphilides : M. Le docteur Cazenave (1) dit en avoir vu plusieurs exemples ; et je possède l'observation d'un homme qui, ayant été affecté d'une pneumonie médiocrement intense, dans le cours d'une syphilide papuleuse, celle-ci s'affaissa, diminua d'intensité et avait presque entièrement cessé lors de la convalescence de la maladie intercurrente.

(1) *Thèse sur la Révulsion et la dérivation*, p. 16, Paris, 1840.

3° *Manie.* — J'ai déjà dit que la pneumonie pouvait être la cause occasionnelle du développement d'une manie chez des sujets prédisposés. Les recherches statistiques de MM. Aubanel et Thore ont prouvé, que pendant l'année 1839, sur 91 maniaques qui furent admis à l'hospice de Bicêtre, huit étaient devenus fous à l'occasion d'une maladie, et sur ce nombre on comptait cinq pneumonies qui, s'étant accompagnées de délire dans leur cours, celui-ci avait persisté et avait pris les caractères de la manie aiguë. J'ai observé dernièrement un cas semblable, cependant ces faits sont encore insuffisans pour démontrer que la pneumonie est une cause de manie plus active que tout autre maladie aiguë fébrile; c'est à une observation ultérieure à le prouver

## ARTICLE IV.

### Influence de la pneumonie sur la grossesse.

J'ai désiré connaître l'influence que la pneumonie exerçait sur la marche de la grossesse et sur le produit de la conception; cette question était extrêmement importante, tant sous le rapport du pronostic que de la thérapeutique. N'ayant eu occasion d'observer que quatre cas de pneumonie chez des femmes enceintes, j'ai consulté les principaux recueils de médecine, et j'ai pu réunir onze autres observations d'inflammations pulmonaires affectant des femmes arrivées aux différentes époques de la gestation. A l'exception de deux femmes qui portaient une maladie organique du cœur assez avancée, toutes les autres étaient assez bien constituées et paraissaient jouir d'une bonne santé lorsqu'elles furent prises de pneumonie. Parmi ces quinze femmes, il y en avait dix qui n'avaient pas encore atteint le sixième mois de leur grossesse, tandis que les cinq autres touchaient aux septième, huitième et neuvième mois. Des dix femmes qui ne comptaient pas encore six mois de grossesse, quatre ont avorté les quatrième, cinquième, sixième et neuvième jour à dater du début de la pneumonie. Chez trois, l'avortement a été suivi d'accidens plus graves du côté de la poitrine, et la mort est arrivée trois ou quatre jours après; une seule, dont la pneumonie était peu étendue, a guéri sans éprouver aucuns symptômes fâcheux. Les six femmes qui n'avortèrent pas, succombèrent toutes sans exception aux progrès de la pneumo-

nie. Mauriceau en rapporte un exemple qu'il observa en 1673 sur une femme illustre (1).

J'ai dit que cinq femmes étaient arrivées à une époque assez voisine du terme de la grossesse ; ainsi deux étaient enceintes de sept mois lorsqu'elles furent affectées de pneumonie ; chez l'une et l'autre, on observa un accouchement prématuré au douzième et au quinzième jour ; l'expulsion du fœtus précéda de deux jours seulement la terminaison funeste. Les trois femmes qui restent commençaient leur neuvième mois, l'une d'elles même ne comptait plus lorsque la pneumonie se déclara ; deux mirent au monde aux septième et huitième jours de la maladie un enfant vivant ; l'autre femme dont j'ai emprunté l'histoire à Valsalva (2), mourut le cinquième jour avant d'accoucher, l'opération césarienne fut faite aussitôt après la mort, mais l'enfant avait déjà cessé de vivre.

On peut conclure des faits qui précèdent, que lorsqu'une pneumonie affecte une femme enceinte, et qui n'est pas encore arrivée au terme de la gestation, elle a pour résultat le plus ordinaire de provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, c'est en effet ce que nous avons observé neuf fois sur douze.

Il était intéressant de savoir si la pneumonie détermine plus souvent de pareils accidens que toutes les autres affections aiguës ; on conçoit que pour éclairer cette question, il faudrait posséder un grand nombre de faits ; toutefois je vais donner ici le résumé des observations que j'ai faites ; elles pourront être utiles un jour à ceux qui étudieront plus complètement cette importante question. J'ai observé quatre cas de varioles chez des femmes enceintes, toutes ont avorté, et ont succombé peu après ; résultats malheureux, mais qui sont conformes à ceux qui ont été notés par presque tous les auteurs ; la variole semble être en effet de toutes les maladies aiguës qui peuvent affecter les femmes enceintes, celle qui provoque le plus souvent l'avortement. Il paraît en être de même de la rougeole et de la scarlatine ; cependant sur quatre rougeoles que j'ai observées chez des femmes grosses, aucune n'a troublé la marche régu-

(1) *Traité des mal. des femmes grosses*, Paris 1694, liv. Ier, p. 187.
(2) *Morgagni*, 20e lettre, § 10.

lière de la gestation. Enfin sur vingt-deux femmes qui éprouvèrent pendant leur grossesse diverses maladies aiguës fébriles, telles que choléra, entérite, bronchite aiguë, intense, pleurésie, érysipèle de la face et du cuir chevelu, deux seulement avortèrent et moururent bientôt après (choléra et fièvre typhoïde) (1). Ainsi la pneumonie paraît être une des maladies aiguës qui déterminent le plus souvent chez les femmes grosses, soit un avortement, soit un accouchement prématuré.

Comment agit la pneumonie pour produire des effets aussi fâcheux? Est-ce par les secousses de la toux? Les auteurs ont attribué beaucoup d'avortemens à cette dernière cause; j'avoue pourtant que son influence ne me semble pas démontrée. En effet, parmi les douze femmes grosses qui étaient affectées de bronchite intense, quatre avaient une toux continuelle que rien ne pouvait calmer, et qui a persisté presque sans interruption pendant plus d'un mois. J'ajouterai que j'ai vu trois femmes phthisiques porter leur enfant jusqu'au terme naturel de la grossesse, nonobstant une toux opiniâtre (2). Je crois donc que l'influence fâcheuse exercée par la pneumonie sur la marche de la grossesse, s'explique par l'importance de l'organe qui est affecté, par la gravité de la maladie, l'intensité de la fièvre qu'elle détermine, et le nombre des phénomènes sympathiques qu'elle produit du côté de presque toutes les fonctions.

Il faut également tenir compte de l'influence fâcheuse de la pneumonie sur le fœtus lui-même. Ainsi, parmi les trois enfans nés à terme, ou viables, sur lesquels je possède des renseignemens, il y en a un qui est mort peu d'heures après sa naissance; un autre était très faible, et je doute qu'il ait vécu longtemps; enfin le troisième était bien portant. Le lecteur aura aussi re-

(1) Il y eut : 1 choléra, 1 fièvre typhoïde, 3 entérites, 12 bronchites aiguës dont 2 capillaires, 2 pleurésies, 2 érysipèles, 1 encéphalite. La plupart de ces faits ont été observés par moi à l'Hôtel-Dieu-Annexe, où j'ai envoyé pendant quatre mois toutes les femmes qui se présentaient au bureau central à l'heure où j'étais de service.

(2) Contrairement à ce qu'on dit, la phthisie a marché régulièrement avec la grossesse. Chez l'une des malades, les premiers symptômes des tubercules se sont déclarés quelques jours après la conception, ils ont sans cesse fait des progrès, l'accouchement eut lieu à terme, mais la femme, arrivée à la dernière période, succomba trois semaines après.

marqué combien est grande la mortalité de la pneumonie chez les femmes grosses, soit qu'il y ait eu avortement ou accouchement prématuré, soit au contraire que l'expulsion du fœtus n'ait pas eu lieu. Dans le premier cas, on a vu les accidens inflammatoires de la poitrine s'aggraver aussitôt, et la mort arriver au bout de peu de jours. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point à l'article du *pronostic*, et quand il s'agira du traitement, je rechercherai si les méthodes thérapeutiques employées ont eu quelque influence sur les résultats fâcheux que je viens d'indiquer.

---

# CHAPITRE XIII.

## DIAGNOSTIC DE LA PNEUMONIE.

On peut établir que dans la grande majorité des cas, le diagnostic de la pneumonie est un de ceux qu'il est le plus facile d'établir. On peut non-seulement déterminer qu'il existe une inflammation du tissu pulmonaire, mais nous avons vu aussi qu'à l'aide de l'auscultation et de la percussion, il était possible de déterminer le siége précis de la maladie, de la limiter, de la circonscrire, et même de prédire souvent les points qu'elle envahira bientôt.

Le diagnostic de la pneumonie, pour être complet, doit donc comprendre : 1° l'existence de la maladie elle-même ; 2° le point du poumon qu'elle occupe et les parties de l'organe qu'elle a de la tendance à envahir ; 3° le degré auquel elle est parvenue, et ses différentes terminaisons ; 4° la forme symptomatique et anatomique de la maladie ; 5° la pneumonie ayant des points de ressemblance avec plusieurs autres maladies de poitrine, il faut connaître les différences qui les distinguent, et la manière d'arriver au diagnostic différentiel des unes et des autres ; 6° enfin, je terminerai par dire quelques mots sur le diagnostic des pneumonies secondaires.

### §. Ier. *Une pneumonie existe-t-elle ?*

Pour diagnostiquer l'existence d'une pneumonie, il n'est pas nécessaire que cette phlegmasie s'accompagne de tout l'appareil

symptomatique que j'ai décrit précédemment; mais il suffit de la présence, même *isolée*, de deux symptômes pour pouvoir affirmer que le parenchyme pulmonaire est le siége d'une inflammation plus ou moins étendue; je veux parler des crachats *rouillés* et du râle crépitant, dont je vais examiner la valeur séméiotique; j'étudierai ensuite celle que peuvent avoir les autres symptômes locaux et généraux.

Parmi les crachats que j'ai décrits précédemment (1), tous n'ont pas la même importance diagnostique; c'est ainsi que les crachats *sanguinolens*, *briquetés*, ceux qui ressemblent à une solution concentrée de gomme arabique, doivent faire *soupçonner* une pneumonie, mais ne la caractérisent point. Nous les avons en effet rencontrés plusieurs fois, chez des malades n'ayant qu'une bronchite aiguë; les premiers surtout se sont montrés chez des individus atteints d'apoplexie pulmonaire ou de bronchite capillaire avec exhalation sanguine, et, dans aucun de ces cas, ni l'examen de la poitrine ni les symptômes généraux ne pouvaient faire découvrir de pneumonie, enfin chez deux individus, l'examen nécroscopique fit constater que le parenchyme pulmonaire était exempt de toute phlegmasie. On conçoit très bien d'ailleurs, que lorsque le sang est exhalé lentement et qu'il se mêle aux mucosités, le produit de l'expectoration soit rougeâtre ou jaunâtre; de même que nous avons vu qu'on pouvait produire ces nuances, en mêlant une certaine quantité de sang à une solution gommeuse, et en agitant le tout dans une fiole; aussi je crois que cette espèce d'expectoration ne saurait *caractériser* à elle seule une pneumonie; elle doit seulement la faire *soupçonner*; elle indique une *probabilité*, mais non une *certitude*.

Il n'en est plus de même des crachats *rouillés*, *abricot*, *sucre d'orge*, *safranés*, *verdâtres*; ceux-là sont pathognomoniques d'une inflammation des poumons au premier ou au deuxième degré, car on ne les retrouve que lorsque l'organe est phlogosé dans un point plus ou moins étendu.

Il est presque inutile de prémunir les praticiens contre une erreur qui ne peut être commise que par ceux qui commencent l'étude de la pathologie, c'est de prendre pour des crachats

(1) P. 215 à 224.

pneumoniques l'expectoration qui aurait été colorée en jaune ou en brun par du tabac, des écorces d'orange, de citron, ou des morceaux de réglisse et de chocolat que les malades ont mâchés et sucés. Il est également important de savoir que des crachats simplement muqueux reçus dans les vases de cuivre dont on se sert dans plusieurs hôpitaux, peuvent quelquefois présenter à leur surface une coloration verte qui dépend probablement d'un acétate de cuivre qui se forme. Mais ce sont là des ressemblances grossières avec les crachats pneumoniques et qui ne pourront jamais tromper un praticien expérimenté. Les crachats noirs et diffluens que j'ai comparés, avec M. Andral, à du jus de réglisse ou de pruneaux, doivent-ils être considérés également comme pathognomoniques de la pneumonie? En ne consultant que les faits que j'ai recueillis, je devrais répondre par l'affirmative à cette question, puisque les quatre malades qui rendirent des crachats séreux et noirs surmontés par un spume blanchâtre, étaient tous affectés d'une pneumonie étendue et qui était arrivée au troisième degré. Mais ces faits sont en trop petit nombre pour pouvoir établir d'une manière certaine la valeur séméiotique d'un symptôme qui a été déjà diversement interprété par des hommes également éclairés dans la science du diagnostic. Si M. Andral semble regarder l'expectoration noire ou rouge brunâtre plus ou moins foncée comme étant caractéristique d'une pneumonie; si M. Chomel professe la même opinion (1), Laënnec a, au contraire, élevé quelques doutes sur la valeur diagnostique des crachats rouge brun. Ce grand médecin dit en effet (2) qu'il avait rencontré fréquemment les crachats dont je parle chez des sujets cachectiques, dont les gencives étaient habituellement ou actuellement au moins ramollies, et laissaient de temps en temps suinter du sang; il avoue qu'ayant rencontré ces crachats chez beaucoup de sujets atteints de diverses maladies aiguës ou chroniques, ou même bien portans, il n'a pas porté son attention sur leur plus ou moins de fréquence chez les pneumoniques. Les objections de Laënnec présentées aussi vaguement ne sauraient infirmer les observations positives faites par MM. Andral, Chomel et nous-

(1) *Pathol. génér.*, 3e édit., 1840, p. 248.
(2) *Auscult.*, t. Ier, p. 559.

même. D'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, il n'y a aucune parité à établir entre l'aspect que présentent les crachats jus de réglisse et de pruneaux, et l'exhalation sanguine des gencives.

Enfin, MM. Rousset, de Marseille (1), et Mériadec Laënnec (2), pensent que l'induction la plus sûre que l'on puisse tirer de l'apparition des crachats jus de pruneaux ou de réglisse dans la pneumonie, c'est d'admettre que cette phlegmasie coexiste avec une apoplexie pulmonaire. J'avoue que dans mes faits, ainsi que dans ceux que M. Andral a publiés, je ne vois rien qui justifie une pareille opinion; d'ailleurs la matière noire expectorée, dans les cas dont parle M. Rousset, diffère beaucoup des crachats séreux jus de pruneaux; elle consiste en effet en un liquide d'un rouge sale, au milieu duquel sont de petits corps semblables à ceux qui surnagent dans l'eau où l'on a lavé de la chair fraîche : ce n'est point là l'aspect que présentent communément les crachats noirs de la pneumonie, car ils sont homogènes, séreux, et surmontés d'un spume rouge ou blanchâtre.

Je crois qu'il résulte des faits qui précèdent, que les crachats que nous avons nommés jus de réglisse et de pruneaux *paraissent* être caractéristiques d'une pneumonie, au même titre que les crachats rouillés jaunes ou verts. Toutefois le petit nombre de faits que je possède, me force à n'émettre cette proposition qu'avec une sorte de réserve ou de doute, jusqu'à ce que des observations plus nombreuses me donnent sur ce sujet une conviction que je ne puis encore avoir.

J'ai placé le râle crépitant au nombre des symptômes *caractéristiques* ou *pathognomoniques* de la pneumonie; il a pour moi, la même valeur que les crachats rouillés, jaunes ou verts dont je viens d'étudier l'importance séméiotique. Cependant je dois déclarer de suite, que par crépitation, je n'entends parler ici que de ce *râle qui donne à l'oreille l'image de bulles très petites, égales entre elles, fines, sèches, plus ou moins nombreuses et qui ne sont perçues que pendant le temps de l'inspiration.* Le râle qui se présente avec ces caractères est pathognomonique de la pneumo-

(1) *Thèse de* 1827, n° 75, p. 33.
(2) *Notes à Laënnec*, 4e édit., t. Ier, p. 540.

nie, car on ne le rencontre dans aucune autre affection aiguë ou chronique de la plèvre, des bronches ou des poumons. Laënnec s'est trompé en prétendant que le râle crépitant de la pneumonie existait également dans l'œdème du poumon et dans l'engorgement hémoptoïque. Ce grand médecin a confondu, suivant moi, la véritable crépitation pneumonique avec le râle sous-crépitant, qui en effet existe dans les bronchites capillaires et dans plusieurs autres maladies des poumons. Nous avons vu aussi que sous l'influence de certaines constitutions catarrhales, et que chez un grand nombre de vieillards et d'enfans, le râle crépitant à bulles fines, sèches, égales et nombreuses était remplacé par un râle, dont les bulles étaient plus grosses, plus humides, inégales entre elles, c'est-à-dire par du râle sous-crépitant. Cette distinction que j'établis ici, expliquera comment il se fait que des hommes aussi habiles que MM. Andral et Cruveilhier aient contesté la valeur du râle crépitant en disant (1) que ce phénomène se retrouve dans une foule de cas où il n'y a certainement autre chose qu'une simple bronchite, soit aiguë, soit même chronique. Une pareille opinion n'a pu être émise par les deux observateurs que je viens de citer, que parce qu'ils ont compris sous le nom de râle crépitant, la crépitation *pneumonique* et le râle sous-crépitant. Suivant nous, la première est caractéristique de la pneumonie, car on ne la retrouve dans aucune autre affection ; le deuxième, au contraire, pouvant exister à la fois et dans une bronchite et dans une pneumonie, sa valeur diagnostique n'est point *absolue*, elle n'est que *relative*, et on ne peut la déterminer que par l'examen des circonstances concomitantes. Ainsi le râle sous-crépitant dépend-il d'une bronchite capillaire, il sera souvent perçu dans une grande étendue et existera *constamment* dans les deux côtés de la poitrine à la fois, quoique répandu le plus souvent d'une manière inégale dans l'un ou dans l'autre, et sans qu'il y ait aucun rapport constant entre l'étendue de la surface dans laquelle on l'entend, et la gravité des symptômes généraux. Au contraire, le râle sous-crépitant qui se lie à l'existence d'une pneumonie, occupe généralement un point plus ou moins

(1) *Notes à l'ouvrage de Laënnec*, t. I^er, p. 521, et *Revue méd.* février, 1830, pag. 353.

circonscrit *dans un seul côté de la poitrine*; il coexiste avec un appareil fébrile intense, et le plus souvent avec un point de côté et des crachats rouillés. Enfin dans la pneumonie *double*, comme les deux poumons n'ont été envahis que *successivement*, si dans le côté qui a été affecté en dernier lieu, on ne trouve que du râle sous-crépitant, dans le côté opposé, la maladie étant plus ancienne et parvenue à un degré plus avancé, se révélera aussi par du souffle tubaire et par de la matité. Je suppose (chose que je n'ai jamais vue) que la pneumonie envahissant les deux poumons simultanément, ne détermine d'autre phénomène stéthoscopique qu'un râle sous-crépitant, si alors l'absence des crachats caractéristiques ne permettait pas de diagnostiquer une pneumonie, cette maladie devrait être regardée néanmoins comme *infiniment probable* d'après la dyspnée et *surtout* d'après l'intensité de la réaction fébrile; le traitement devrait en conséquence être dirigé d'après cette présomption.

MM. Barth et Roger pensent que non-seulement le râle crépitant caractérise l'existence d'une pneumonie, mais par le point du poumon qu'il occupe, il indiquerait parfois de quelle nature est la phlegmasie, si par exemple elle s'est développée autour de tubercules. Ces auteurs établissent comme un principe d'auscultation, que si du râle crépitant est entendu au sommet de la poitrine, exclusivement en avant, avec coïncidence de symptômes fébriles, on devra soupçonner que la pneumonie est tuberculeuse (1). Ils émettent cette proposition en considérant que dans l'état ordinaire l'inflammation franche du lobe supérieur du poumon envahit la moitié postérieure beaucoup plus tôt que la moitié antérieure, que par conséquent, les signes physiques de la pneumonie franche débutent presque toujours en arrière, et quand la phlegmasie gagne la partie antérieure, ils persistent d'ordinaire avec plus d'évidence postérieurement. Ces faits sont parfaitement vrais, mais je ne crois pas qu'ils suffisent pour justifier l'opinion émise par les deux habiles médecins que j'ai cités. J'ai vu en effet deux individus chez lesquels les phénomènes stéthoscopiques existèrent pendant plusieurs jours bornés sous la clavicule, et rien n'in-

(1) *Traité pratique d'auscul.* p. 134.

diquait que ces sujets fussent tuberculeux, en outre, chez les dix individus qui furent pris de pneumonie, après avoir déjà présenté des signes rationnels ou physiques de tubercules, la pneumonie affecta le même mode de développement que dans les cas ordinaires; c'est-à-dire que les signes d'auscultation furent d'abord constatés dans la fosse sus et sous-épineuse ou dans l'aisselle, et s'étendirent jusque sous la clavicule.

La proposition de MM. Barth et Roger serait peut-être plus vraie, si elle disait que du râle crépitant, entendu dans un point du sommet en *avant* ou en *arrière*, circonscrit à un petit espace et persistant longtemps au même degré, peut faire soupçonner une complication tuberculeuse, attendu que les pneumonies franches ont une autre marche et un autre mode de développement.

La respiration bronchique considérée isolément, et indépendamment de tous les autres symptômes de pneumonie, ne peut indiquer qu'une chose, savoir : que la portion du poumon au niveau de laquelle ce bruit est perçu, est devenu tout à fait imperméable à l'air, et que ce fluide s'arrête et retentit dans les gros tuyaux bronchiques. Chez l'adulte, l'existence d'une respiration bronchique peut indiquer aussi bien une hépatisation rouge ou grise que toute autre induration mélanique, apoplectique, cancéreuse des poumons. Elle peut aussi exister dans la dilatation des bronches; enfin on la retrouve dans les épanchemens pleurétiques; aussi je ne saurais être à ce sujet de l'avis de M. le professeur Andral, qui affirme que le souffle tubaire est pour lui *un moyen excellent* de distinguer l'une de l'autre, la pneumonie et la pleurésie ; il ajoute que toutes les fois qu'il entend nettement la respiration bronchique, il établit presque à coup sûr qu'il a affaire à une pneumonie (1). Deux observateurs également habiles, MM. les docteurs Barth et Roger, ont presque soutenu la même opinion, ainsi ils ont avancé que le souffle tubaire n'était entendu dans la pleurésie que dans des cas tellement exceptionnels, que lorsqu'elle existait dans un point, il fallait songer à quelque chose de plus qu'à une pleurésie simple (2). Je ne puis partager l'opinion de ces

(1) *Clin.*, t. III, p. 488, note de la 4e édit.

(2) *Traité prat.*, *t. d'ausc.*, p. 88.

auteurs car j'espère prouver bientôt, en parlant du diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie, que le souffle tubaire est un phénomène commun à l'une et à l'autre, et qu'on rencontre assez fréquemment dans les épanchemens pleurétiques. Mais remarquez bien que je ne parle ici que de l'adulte et du vieillard ; chez les enfans, au contraire, c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'à cinq ans, la pleurésie pouvant donner lieu à des symptômes graves, est assez rare pour que le souffle tubaire qu'on entend chez les sujets de cet âge indique presque sûrement que ce phénomène se rattache à une induration du tissu pulmonaire.

Il est important de prémunir ici les médecins contre une erreur qu'ont commise quelques personnes qui ont rarement exploré la poitrine des enfans à l'état sain ; c'est de confondre la respiration exagérée ou puérile avec la respiration bronchique, à tel point qu'on a prétendu que le souffle tubaire était un état physiologique chez les jeunes enfans. Je crois presque inutile de combattre une pareille erreur; car il n'y a aucune ressemblance entre le souffle bronchique et la respiration puérile; celle-ci est bruyante, il est vrai, mais on sent que l'air arrive facilement dans les vésicules, et on ne l'entend que pendant l'inspiration, tandis que le souffle tubaire donne une sensation bien différente à l'oreille, et on le perçoit dans l'inspiration comme pendant l'expiration.

Je ne dirai rien de la dyspnée du point de côté, de la toux, symptômes qui sont communs à plusieurs maladies de poitrine, et qui n'ont qu'une valeur relative, et par conséquent ne peuvent donner au diagnostic aucune précision. Ce sont le plus souvent des symptômes simplement *indicateurs*, c'est à dire qu'ils portent l'attention du médecin du côté de la poitrine, et engagent à explorer avec soin les organes contenus dans cette cavité.

La fièvre et les phénomènes sympathiques fournis par l'expression de la physionomie et par l'état des forces, sont des élémens de diagnostic très importans, surtout chez les vieillards. Nous avons vu précédemment, qu'à cette époque de la vie, la pneumonie étant souvent latente, le point de côté, les crachats caractéristiques peuvent manquer, souvent il n'y a pas d'oppression, et l'examen de toute la poitrine, ne fait dé-

couvrir aucune altération dans le bruit respiratoire, parce que la phlegmasie siége dans les parties profondes et centrales de l'organe. Cependant malgré les résultats purement négatifs que donne l'exploration des organes thoraciques, si on apprend que le sujet, après avoir éprouvé un frisson plus ou moins violent, a été pris d'une fièvre intense, si on constate que cet appareil fébrile continu, date déjà de plusieurs jours, et qu'il s'accompagne d'une altération notable dans l'expression du facies et dans l'état des forces, si l'examen de la surface du corps et des organes contenus dans les cavités splanchniques ne fait découvrir nulle part de phlegmasie, on devra regarder l'existence d'une pneumonie comme *infiniment probable* ; et dans la plupart des cas, les symptômes ultérieurs ne tarderont pas à transformer cette présomption en certitude. Ici les doutes du médecin se fondent sur plusieurs ordres de considérations, 1° sur la fréquence des pneumonies chez les vieillards; 2° sur ce que de toutes les phlegmasies qu'on observe à cet âge, il n'en est point qui se montre plus souvent qu'elles, d'une manière latente; 3° parce que de toutes les maladies aiguës dont les vieillards peuvent être atteints, c'est la pneumonie qui excite la fièvre la plus intense, prostre le plus les forces, réveille le plus grand nombre de sympathies sans déterminer presque de troubles fonctionnels du côté de l'organe malade; tandis que si une phlegmasie assez intense pour avoir excité la fièvre qu'on observe s'était déclarée dans un des organes contenus dans la tête ou l'abdomen, on observerait des désordres fonctionnels qui feraient aisément découvrir le siége de la maladie.

Chez les enfans et les jeunes gens, et souvent même chez les adultes, un appareil fébrile intense qui a débuté par un frisson violent et qui ne s'accompagne d'abord d'aucun désordre fonctionnel prédominant, se rattache beaucoup moins nécessairement que chez les vieillards, à l'existence d'une pneumonie. En effet, chez les individus encore jeunes, la fièvre est souvent l'avant-coureur ou le symptôme de plusieurs maladies graves, qu'on ne retrouve presque plus chez les vieillards, tels que les maladies éruptives et l'affection typhoïde; mais alors une observation attentive pendant un ou plusieurs jours, l'examen de toutes les fonctions, l'exploration de tous les organes,

suffit le plus souvent, dans les cas même les plus obscurs et les plus difficiles, pour faire connaître la nature de la maladie et pour en fixer le siége.

### § II. *Déterminer le siége de la pneumonie.*

Déterminer le siége d'une pneumonie, c'est indiquer non-seulement lequel des deux poumons est affecté, mais c'est préciser aussi le point de l'organe qui est envahi et l'étendue que la phlegmasie occupe. Pour résoudre ces différens problèmes dont la solution importe tant au pronostic; le médecin aura égard au siége de la douleur de poitrine, ainsi qu'aux signes fournis par l'auscultation et la percussion.

La douleur fixée dans un des côtés de la poitrine dénote presque toujours que la phlegmasie occupe le poumon correspondant; elle peut même, chez un cinquième des malades environ, indiquer le point précis de l'organe que l'inflammation affecte; mais ce symptôme manque chez un dixième des sujets à peu près. Il ne peut d'ailleurs nous faire reconnaître si la pneumonie est simple ou double, si elle occupe un espace circonscrit, ou si elle s'étend sur une grande surface; enfin il est peut-être des cas fort rares sans doute où la douleur n'indiquerait pas même lequel des deux poumons est malade, puisque d'après quelques auteurs graves, le point de côté aurait été remarqué dans le côté de la poitrine, opposé à celui qu'occupait la pneumonie. Il est donc indispensable, pour déterminer rigoureusement le siége et l'étendue de la pneumonie, d'avoir recours aux signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

Il est toujours prudent de commencer l'exploration de la poitrine par le côté qu'on suppose sain, sans cela on risque souvent d'omettre cet examen et de méconnaître ainsi l'existence d'une pneumonie double. Les points de la poitrine où existeront la crépitation et le souffle bronchique indiqueront précisément la portion du poumon qui se trouve affectée. L'étendue dans laquelle l'auscultation fera entendre ces bruits morbides, et celle dans laquelle la percussion donnera un son obscur ou mat, indiqueront en général la surface occupée par la pneumonie. Cependant il n'est pas toujours possible de limiter

mathématiquement l'étendue de la pneumonie; il arrive en effet quelquefois que la phlegmasie, au lieu de s'étendre sur une large surface, gagne en profondeur, affecte les parties centrales, tandis que les couches superficielles restent perméables presque partout. Il n'est guère possible de diagnostiquer sûrement un pareil mode de propagation de la maladie; on peut cependant le soupçonner, lorsqu'on voit la fièvre, la chaleur, la dyspnée, l'oppression, l'anxiété augmenter d'intensité, quoique cependant les phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion, bornés toujours dans le même espace, semblent indiquer que la phlegmasie ne s'est pas propagée au loin.

Nous avons dit qu'il y avait des pneumonies tout à fait centrales, c'est-à-dire qui occupaient une portion de l'organe situé à une certaine profondeur, et qui étaient séparées de l'oreille par une grande épaisseur de tissu pulmonaire tout à fait perméable. Dans ce cas, le diagnostic ne peut être établi que par la nature de l'expectoration, et si ce signe manque, le plus souvent on n'a que des présomptions sur la nature de la maladie. Cependant Laënnec (1) a prétendu qu'on pouvait même reconnaître facilement *de légers points pneumoniques à la base ou au centre de l'organe;* il affirme que le râle crépitant s'entend très bien dans les conditions dont je parle; on reconnaît alors qu'il se passe profondément, qu'il n'existe plus que dans un point circonscrit, tandis que plus superficiellement on distingue le bruit d'expansion pulmonaire pur et quelquefois puéril. Quand la pneumonie passe au deuxième degré, le souffle s'entend encore dans un point éloigné de l'oreille, tandis que la respiration vésiculaire existe à la surface, enfin, Laënnec ajoute que quelquefois même on entend une broncophonie et une toux bronchique profondes, malgré l'intégrité des couches superficielles du poumon. Mais à mesure que la pneumonie centrale s'approche de la surface, on s'en aperçoit, d'après le même auteur, à ce que le bruit d'expansion qui était superficiel, occupe à chaque nouvelle exploration une moindre épaisseur, tandis que le souffle et la broncophonie s'approchent de plus en plus de l'oreille.

(1) *T.* Ier, *p.* 351.

Il est incontestable, que chez un certain nombre de malades, une oreille exercée peut parfaitement saisir tout ce que Laënnec a indiqué; toutefois on ne peut s'empêcher de reconnaître que Laënnec, comme d'ailleurs tous les inventeurs, a ici exagéré les bienfaits de son immortelle découverte. Je ne pense pas, en effet, qu'on puisse reconnaître par l'auscultation, un noyau d'induration situé au centre d'un lobe. Comment croire en effet que le diagnostic soit arrivé à ce degré de précision, lorsque tous les jours, nous reconnaissons notre impuissance pour reconnaître les noyaux d'hépatisation disséminés çà et là à la surface même des poumons, comme on le voit, dans les pneumonies lobulaires. D'ailleurs il y a des cas où, quoique la pneumonie soit située à peu de profondeur, cependant les bruits pathologiques ne sont point transmis à l'oreille, ou ne le sont que fort incomplétement. Je puis citer à ce sujet deux faits remarquables et qui prouveront la vérité de ce que je dis ici.

En 1835, un homme mourut à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu avec une pneumonie qui occupait presque tout le poumon gauche. Dans les derniers temps, la phlegmasie avait envahi la face et le bord antérieur de l'organe; j'avais été averti de l'extension de la maladie par un défaut d'élasticité et une sonoréité moins parfaite donnée par la percussion ; l'auscultation faite dans les mêmes points faisait entendre le bruit d'expansion pulmonaire le plus souvent parfaitement pur, quoique de temps en temps on eût une sensation vague très peu distincte de quelques bulles fort rares de crépitation. A l'autopsie, les portions du poumon au niveau desquelles j'avais constaté ce phénomène, furent trouvées hépatisées ou frappées de pneumonie au premier degré, à l'exception pourtant de la partie la plus superficielle de l'organe, qui, dans une épaisseur de deux à neuf millimètres, était parfaitement souple, crépitante et perméable à l'air. *L'écorce du poumon,* si je puis parler ainsi, était la seule partie qui fût intacte, c'est là que se passait le bruit vésiculaire que nous avions entendu pendant la vie. Il y a un an, j'ai observé un fait à peu près semblable sur un jeune homme de 17 ans, qui succomba avec une hépatisation grise de presque tout le poumon droit : jusqu'à la mort, un bruit respiratoire pur, mais inégalement fort, fut perçu dans le cinquième inférieur postérieur de cet organe ; on n'entendait plus dans ce point, ni

râle ni souffle, quoique ces derniers signes fussent très marqués dans toute la hauteur de la face postérieure. J'avoue que j'aurais cru que la pneumonie n'avait pas envahi cette partie du poumon, si la percussion pratiquée un peu fort ne m'avait fait découvrir dans cet endroit une sonoréité moins parfaite et surtout un défaut d'élasticité. Le malade ayant succombé, l'autopsie démontra que tout le lobe inférieur était en état d'hépatisation grise; cependant je constatai que dans la moitié inférieure de ce lobe, l'altération n'arrivait pas jusqu'à la surface, car la couche la plus superficielle du poumon un peu infiltrée dans quelques points, était partout ailleurs souple et perméable.

Ces deux faits démontrent combien il est difficile d'arriver par l'auscultation au diagnostic des indurations pulmonaires situées au centre d'un lobe, lors même qu'elles occuperaient une étendue assez considérable en surface et en profondeur. Ce qu'il y a de remarquable dans ces deux faits, c'est que cinq ou douze millimètres de poumon perméable aient été capables d'amortir, d'étouffer les bruits pathologiques qui se passaient profondément. Dira-t-on que chez les deux malades dont je viens de parler, les poumons avaient moins de conductibilité qu'ils n'en ont ordinairement ; c'est une chose qu'il est impossible de nier ou d'affirmer, mais lors même que les faits que je viens de rapporter seraient exceptionnels, ils ne doivent pas moins nous engager à ne pas nous exagérer la puissance de l'auscultation pour diagnostiquer les pneumonies centrales. On trouve d'ailleurs des occasions fréquentes dans la pratique pour s'assurer combien l'auscultation fournit peu de données utiles, quand la pneumonie siége à une certaine profondeur. J'ai dit en effet que j'avais vu, avec M. Chomel, quatre pneumonies dans lesquelles on n'avait perçu à aucune époque de phénomènes d'auscultation, et plus souvent encore j'ai rencontré des cas de pneumonies qui, ayant été primitivement centrales, et n'étant arrivées à la surface que lorsque la maladie avait certainement passé au deuxième degré dans les points d'abord envahis, cependant l'auscultation ne faisait guère percevoir que les bruits produits dans les parties superficielles, c'est-à-dire un affaiblissement du bruit respiratoire ou une crépitation plus ou moins nombreuse.

On a vu précédemment qu'il était possible dans quelques cas de préciser à peu près par l'auscultation le degré de tendance de

la pneumonie à envahir de nouvelles surfaces. Je rappellerai qu'une respiration puérile ou mieux encore un affaiblissement du bruit respiratoire limité à une petite étendue, si ce dernier signe n'est pas l'effet d'un épanchement dans la plèvre, indiquera presque sûrement que le poumon est déjà dans ce point le siége d'une altération qui, dans un degré un peu plus avancé, se révèlera par des râles crépitant ou sous-crépitant (1).

### § III. *Diagnostiquer le degré de la pneumonie et ses diverses terminaisons.*

Il importe beaucoup pour le pronostic de la pneumonie et pour fixer le choix des moyens thérapeutiques, de déterminer le degré d'altération que le parenchyme pulmonaire a éprouvé. La plupart des auteurs ont pensé qu'on pouvait juger du degré auquel la pneumonie est arrivée, en ayant égard 1° au caractère de l'expectoration ; 2° aux résultats donnés par la percussion et surtout par l'auscultation.

Les crachats homogènes, visqueux, aérés, rouillés, rouges ou jaunes, indiquent que la pneumonie n'est pas encore parvenue au troisième degré. Ainsi lorsqu'à l'autopsie l'infiltration purulente du poumon existait sans mélange des deux autres degrés, les crachats dont je viens de parler, avaient cessé un ou plusieurs jours avant la mort; dans un seul cas, le tiers des crachats resta rouge et visqueux jusqu'à la mort, mais chez cet individu

(1) M. le docteur Fournet a décrit une congestion active du poumon, dont la pneumonie serait un des modes naturels de terminaison, et qui serait caractérisée à l'auscultation par un râle humide à bulles continues qu'il eût été peut-être plus simple de nommer râle sous-crépitant. L'auteur croit que cet état de congestion doit précéder le premier degré ; il a vu un malade succomber à une pneumonie de marche très rapide, qui avait été précédée dans chacun des points envahis par les signes de la congestion pulmonaire active. J'admets la possibilité d'un état de congestion avant la période d'engouement inflammatoire, mais je n'ai jamais pu saisir aucun des caractères signalés par M. Fournet comme pouvant la caractériser, bien que je les aie recherchés un grand nombre de fois. Voilà pourquoi je ne crois pas devoir insister davantage sur les idées de M. Fournet qui demandent à être vérifiées par de nouveaux faits. (*Voir ses Recherches sur l'auscult.*, t. I, p. 202.

quoique l'hépatisation grise occupât la plus grande partie du poumon, il y avait néanmoins plusieurs points de l'organe dans lesquels la pneumonie n'avait pas encore dépassé le deuxième degré : et il est probable que c'est dans cette portion du poumon que les crachats caractéristiques avaient été exhalés. Les crachats verdâtres ne sont d'aucune valeur pour déterminer le degré auquel la pneumonie est parvenue, puisque je les ai rencontrés à peu près indifféremment à toutes les époques, mais surtout dans l'hépatisation rouge et grise. On a regardé comme pouvant caractériser le troisième degré ou l'infiltration purulente des poumons, les crachats crêmeux, opaques, puriformes et ceux que nous avons décrits précédemment sous les noms de crachats noirs, bruns, semblables à du jus de réglisse ou de pruneaux. Les crachats opaques et puriformes qui ont été surtout signalés dans la pneumonie des vieillards, n'ont aucune valeur pour caractériser le troisième degré de la maladie, puisque une expectoration semblable se rencontre journellement chez ceux qui sont atteints de catarrhes pulmonaires chroniques. Quant aux crachats séreux, bruns ou noirs surmontés ou non d'un spume blanchâtre; si comme je l'ai déjà dit je ne consultais que mes propres observations, je devrais les regarder comme caractérisant le troisième degré de la pneumonie, puisque les quatre malades qui présentèrent cette variété de crachats, étaient tous affectés d'une infiltration purulente du parenchyme pulmonaire, mais ces faits sont trop peu nombreux pour pouvoir fixer la valeur séméiotique d'un symptôme. D'ailleurs des neuf malades chez lesquels M. Andral a observé les crachats dont je parle, six avaient une hépatisation grise; chez deux, la maladie n'était encore qu'au deuxième degré; enfin l'un des malades qui guérit, n'était atteint que d'une pneumonie légère qui ne paraît pas avoir dépassé la période d'engouement (1). M. Chomel ne croit pas aussi que les crachats, jus de pruneaux indiquent nécessairement le troisième degré de la maladie ; car plusieurs fois il en a observé de semblables dès le deuxième jour de l'affection, et à une époque où on ne peut pas supposer que la suppuration existait déjà (2). Concluons qu'il est impossible de diagnosti-

(1) *Clin.* t. III, p. 499.
(2) *Dictionnaire*, t. XVII, p. 223.

quer le degré auquel la pneumonie est arrivée par la seule considération des crachats. Cependant la plupart des faits connus jusqu'à ce jour ayant montré que l'expectoration jus de pruneaux coïncidait plus souvent avec le troisième degré de la pneumonie qu'avec les deux autres, on devra dans tous les cas où elle existe, *soupçonner* une infiltration purulente du poumon, mais il serait imprudent de l'*affirmer*, même en se fondant sur la durée de la maladie.

L'auscultation donne dans la respiration bronchique et la broncophonie, un signe certain pour distinguer le deuxième degré de la pneumonie du premier, ou de la période d'engouement, qui est caractérisé par le râle crépitant. Le mélange de ces deux espèces de bruits morbides indiquera que dans la portion du poumon qu'on explore, il y a à la fois les deux premiers degrés de la pneumonie, tandis que l'existence isolée d'un de ces phénomènes montrera que la phlegmasie est arrivée partout à la même période.

Il n'y a aucun phénomène fourni par les organes respiratoires résultant du trouble sympathique des autres viscères qui puisse révéler au médecin *d'une manière certaine*, le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. On peut *soupçonner* l'hépatisation grise, mais il est impossible de la *diagnostiquer sûrement*. Je renvoie pour plus de détails à ce que j'ai déjà exposé précédemment sur ce point (1).

Je dirai ici que la dyspnée extrême, la pâleur de la face, ou bien sa couleur jaunâtre ou plombée, l'état fuligineux des dents et de la langue, le subdelirium, l'état typhoïde, ne sauraient caractériser dans aucun cas le troisième degré de la pneumonie; cependant, la réunion de ces symptômes rend l'infiltration purulente très probable. La durée de la maladie ne pourrait également fournir que des données fort vagues, très incertaines sur l'existence du deuxième ou du troisième degré, puisque d'une part j'ai vu l'hépatisation grise être complète au bout de trois ou quatre jours, tandis que d'autres fois la mort n'arrivant qu'au quinzième, seizième ou dix-huitième jour, on constatait cependant que la pneumonie n'avait pas dépassé le deuxième degré.

(1) P. 326, 327 et 328.

Je conclus de tout ce qui précède que les deux premiers degrés de la pneumonie seront diagnostiqués sûrement, et distingués l'un de l'autre à l'aide de l'auscultation, mais qu'il n'existe jusqu'à présent aucun symptôme stéthoscopique, ni aucun caractère de l'expectoration, pour pouvoir affirmer que la pneumonie est passée à l'état d'infiltration grise.

Il est inutile de dire que lorsque l'abcès du poumon enkysté ou non, ne communique pas encore avec les bronches, il est tout à fait impossible de le diagnostiquer, et même d'en soupçonner l'existence. Il en serait de même si l'abcès, quoique communiquant avec un tuyau bronchique, n'avait que le volume d'une petite aveline, à moins pourtant que plusieurs de ces abcès fussent rapprochés et réunis sur un petit espace; tandis que si à la suite d'une pneumonie aiguë, on constate dans un point circonscrit, un râle muqueux nombreux, ou mieux encore un gargouillement, et plus tard une respiration et une voix caverneuses, phénomènes qui succèdent eux-mêmes le plus souvent à une évacuation abondante de pus par la bouche, on diagnostiquera la formation d'un abcès pulmonaire. Cependant, ce diagnostic peut offrir quelquefois de l'obscurité.

Nous avons vu précédemment que les anciens, et que même plusieurs auteurs modernes, avaient diagnostiqué l'existence d'abcès pulmonaires, par cela seul que les malades avaient rendu par l'expectoration une plus ou moins grande quantité de pus véritable, ou de matière opaque et d'aspect seulement purulent. Aussi, a-t-on pu se convaincre qu'ils avaient commis de graves erreurs dans la plupart des cas, et méconnu, soit des épanchemens pleurétiques, soit des cavernes tuberculeuses, ou bien enfin des abcès qui, ayant commencé dans des organes plus ou moins éloignés, avaient fini par se faire jour à travers le tissu pulmonaire. Il est pourtant facile d'éviter les erreurs que je viens de signaler; pour cela, on aura égard à la marche qu'a suivie la maladie, et aux symptômes que les malades ont présentés dès le début, de telle sorte qu'il sera le plus souvent possible de déterminer par exemple si les individus soumis à notre observation ont eu une pneumonie ou seulement une pleurésie. C'est ce que je rechercherai plus tard, lorsque j'établirai le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Lorsqu'un travail inflammatoire survient dans un noyau d'apoplexie pulmonaire, celui-ci se ramollit et se transforme en un foyer purulent, qui peut s'ouvrir dans les bronches et s'évacuer par cette voie. M. le docteur Rousset, de Marseille, paraît avoir observé deux faits semblables, dont le diagnostic, établi pendant la vie, se trouva vérifié par la nécropsie. Les malades, après avoir éprouvé pendant plusieurs jours des hémoptysies fréquentes, rejetèrent une grande quantité d'un liquide rouge, sale, mélangé à de petits corpuscules fibrineux, et cette expectoration fut immédiatement suivie de tous les signes physiques d'une excavation dans le poumon. On voit ici que d'après la nature des symptômes et la marche même de la maladie, il sera possible de déterminer la cause qui a produit l'excavation pulmonaire qu'on constate.

Comment distinguer si le pus expectoré par les malades a été formé dans le poumon même, ou si, au contraire, il dépend d'un abcès formé par la maladie d'un organe plus ou moins éloigné. Supposons un abcès formé dans le foie, la rate et les reins, et qui menace de s'ouvrir dans les bronches, nous aurons d'abord dans les commémoratifs, des symptômes positifs, indiquant le trouble de ces organes ; dans ces cas les troubles respiratoires sont nuls ou modérés, et dépendent uniquement de la pression que la tumeur exerce sur le diaphragme et le poumon. Si un peu de pneumonie existe, elle est en général circonscrite, centrale et par conséquent elle reste souvent alors méconnue. C'est dans ces circonstances d'un état maladif déjà ancien et dans lequel les organes pulmonaires paraissent presque étrangers, que tout à coup des symptômes graves font explosion vers la poitrine, le malade étouffe, suffoque, et bientôt il rend par flot une quantité de pus, quelquefois énorme. Ce pus est en général phlegmoneux s'il vient du foie ; s'il provient au contraire du rein, comme Dehaen et tout récemment M. Lepneveu en rapportent un exemple ; il est séreux, grisâtre, extrêmement fétide. Dans le fait cité par ce dernier, le dépôt qui existait dans l'urine diminuait ou augmentait, suivant que l'expectoration était abondante ou qu'elle se supprimait. L'examen attentif des symptômes, leur comparaison, la marche de la pneumonie permettront, je crois, à un praticien attentif et instruit de distinguer ces diverses variétés d'abcès perforans

du poumon, des cavernes tuberculeuses, des abcès primitifs; des empyèmes qui se vident par les bronches.

L'odeur de l'expectoration et de l'haleine des malades, permettra dans tous les cas de diagnostiquer que la pneumonie s'est terminée par gangrène. Il n'est pas nécessaire d'y revenir et de signaler le peu d'importance qu'il faut attribuer aux symptômes généraux, signalés par les auteurs anciens.

Quant à la pneumonie chronique, on peut la confondre avec une pleurésie chronique ou avec la phthisie pulmonaire; mais on conçoit qu'avec le peu d'élémens que je possède, il m'est absolument impossible d'établir un diagnostic différentiel. Ce que je pourrais dire à ce sujet, ne serait que des aperçus *à priori*, et pourrait bien être contredit plus tard par l'observation. En pareil cas, le seul parti sage à prendre, c'est d'attendre les faits.

### § IV. *Diagnostiquer quelle est la forme de la pneumonie.*

Diagnostiquer la forme d'une pneumonie, c'est indiquer non-seulement la forme symptomatique que la maladie revêt, mais c'est préciser aussi la forme d'altération; c'est dire par exemple, si l'induration pulmonaire présente les caractères de l'hépatisation ou ceux de la splénisation. Nous verrons bientôt, si nous pouvons prétendre, quant à présent, à cette précision.

Le diagnostic des formes bilieuse, catarrhale et intermittente ne présente aucune difficulté; aussi je crois inutile de revenir sur les phénomènes qui les caractérisent. Quant à la forme latente, je redirai encore que pour ne pas méconnaître une pneumonie qui débute d'une manière insidieuse, il faut toujours explorer la poitrine; il faut que cette exploration soit complète, il faut en agir ainsi surtout chez les vieillards, même quand ils ne se plaignent que d'un peu de malaise. A cet âge, il faut tenir compte de tous les troubles fonctionnels qui surviennent; un peu de malaise, de la fièvre, doivent toujours éveiller la sollicitude du médecin et le porter à en rechercher la cause, le point de départ. Chez le vieillard, un mouvement fébrile précédé de frisson qui dépasse la durée de la fièvre éphémère, et qui ne trouve point son explication dans une phlegmasie appréciable à la vue ou par des symptômes locaux, doit faire

soupçonner une pneumonie; si la fièvre persiste quatre à cinq jours dans une saison où les pneumonies règnent, elle suffira pour donner au médecin, non pas une conviction entière, mais une forte présomption, que le mouvement fébrile qu'il observe se rattache à une pneumonie. Il devra donc diriger sa thérapeutique, d'après ces craintes, et faire ses réserves sur le pronostic. Ces préceptes sont ceux que j'ai entendus bien souvent professer à M. Chomel, et j'ai été à même d'en apprécier bien souvent toute la sagesse et l'importance.

Chez un quart des malades qui eurent une pneumonie typhoïde, le diagnostic parut présenter quelques difficultés; en voyant la longueur des prodromes, une céphalalgie continue, des épistaxis, des vertiges, la prostration des forces, on était naturellement porté à soupçonner quelque lésion du côté des plaques de Peyer, d'autant mieux que quelquefois les symptômes thoraciques étaient peu marqués. J'ai même vu un bon praticien commettre deux fois cette méprise, et je pourrais aussi prouver que de prétendues fièvres typhoïdes, jugulées par des saignées, n'étaient autre chose que des pneumonies de forme adynamique ou ataxique. Toutefois on évitera facilement l'erreur dont je parle, si faisant abstraction pour un moment de la stupeur et de la prostration des malades, on remarque dans les cas de pneumonie typhoïde l'absence plus ou moins complète des symptômes abdominaux, si importans et si constans dans les fièvres graves. Il peut, il est vrai, y avoir de la diarrhée; mais on n'observe ni météorisme, ni gargouillement, ni douleur dans la fosse iliaque, la rate a son volume, et il n'y a pas d'éruption cutanée. Toutefois j'avoue que dans quelques cas fort rares, on peut éprouver de la difficulté dans le diagnostic. En lisant en effet la relation de l'épidémie de Noyers, on voit que quelques malades ont présenté, à part l'éruption, presque tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde, à tel point, qu'on aurait pu supposer une erreur de diagnostic de la part de l'auteur; si M. Torchet n'avait soin de nous faire observer que dans les autopsies qu'il a pratiquées, on n'observa ni plaques, ni ulcérations dans l'intestin, et que l'engouement ou l'hépatisation pulmonaire étaient les seules lésions qui étaient révélées par l'ouverture des cadavres. D'ailleurs, ces difficultés n'existent que pour les sujets encore jeunes, car pour les individus âgés, l'idée

d'une fièvre typhoïde ne doit plus préoccuper, puisqu'il n'y a pas d'exemple authentique de cette dernière affection passé 55 ans.

Mais il est deux symptômes prédominans de l'état typhoïde qui doivent fixer un instant notre attention, comme pouvant dans quelques cas obscurcir le diagnostic et faire hésiter sur le choix des moyens thérapeutiques. Je veux parler des symptômes adynamiques et ataxiques; les premiers ne sont quelquefois qu'apparens, les seconds peuvent dépendre d'une phlegmasie des méninges.

Presque de tout temps les praticiens ont distingué deux sortes d'adynamies; dans l'une les forces sont réellement prostrées, anéanties, les débilitans l'aggravent sans cesse, tandis que les stimulans et les toniques seuls peuvent en triompher; dans l'autre état adynamique au contraire, les forces au lieu d'être anéanties ne sont qu'opprimées, au lieu d'un affaiblissement réel, il n'y a qu'une apparence de faiblesse, les toniques sont nuisibles, les débilitans soulagent et rendent des forces; on voit combien il importe de distinguer cette adynamie fausse de l'adynamie réelle. Cependant cette distinction est extrêmement difficile, il n'y a aucun moyen de l'établir sûrement; on ne peut avoir à ce sujet que des probabilités. Ainsi, lorsqu'on aura affaire à un sujet naturellement faible, ou débilité avant sa maladie par des chagrins, des veilles, des privations, etc., il sera à peu près certain que les symptômes adynamiques qu'il présente, sont réels; car l'oppression des forces a lieu généralement dans des conditions opposées, c'est-à-dire chez des sujets bien constitués, et dans la force de l'âge. La marche des symptômes pourra également éclairer le diagnostic; en effet, quand les forces ne sont qu'opprimées, les malades présentent les symptômes adynamiques dès le début, et les offrent même à un haut degré, tandis que l'adynamie véritable est en général progressive et n'arrive qu'à une époque plus avancée : cependant, on observe à ce sujet de nombreuses exceptions. On aura encore égard aux effets que produisent sur les forces, les hémorrhagies, les pertes naturelles ou artificiellës. A tous ces signes, il faut en joindre un autre, auquel Laënnec attachait la plus grande importance, c'est le degré de force avec lequel le cœur se contracte. Suivant ce médecin « toutes les fois

que les contractions du ventricule, explorées par l'auscultation, ont de l'énergie, on peut saigner sans crainte; le pouls se relèvera, mais si les contractions du cœur sont faibles, le pouls eût-il encore de la force, il faut se défier de la saignée. » Je crois avec M. le professeur Chomel (1), que ce signe n'a pas la valeur et l'importance que Laënnec lui attribue, car souvent la force avec laquelle le cœur se contracte, dépend aussi bien des conditions anatomiques que présente le viscère que de l'état général des forces; par exemple, chez les sujets qui ont une hypertrophie du cœur, les contractions du viscère peuvent conserver jusqu'à la mort beaucoup d'énergie.

L'état des facultés intellectuelles dans la forme typhoïde peut aussi être la cause d'une erreur de diagnostic : ainsi lorsque le délire se montre comme phénomène de l'état typhoïde, ou bien concurremment avec des symptômes franchement inflammatoires, il peut dans quelques cas être très intense, constituer en quelque sorte un symptôme prédominant qui absorbe toute l'attention du médecin et pourrait lui donner la pensée d'une affection cérébrale. Mais cette idée ne saurait prévaloir long temps, si on se rappelle que le délire est dans l'immense majorité des cas un phénomène sympathique. On devra donc, toutes les fois qu'il existe, en rechercher la cause dans les organes éloignés avant de la demander au cerveau; d'ailleurs nous avons vu, que presque jamais le délire n'apparaissait dès le début de la pneumonie; par conséquent l'exploration des malades et la connaissance des symptômes qui ont précédé le délire, éclaireront facilement sur la cause qui en a déterminé le développement.

Le diagnostic de la pneumonie rémittente peut être quelquefois difficile à bien établir. On peut en effet considérer les accès périodiques, surtout quand ils se déclarent le soir ou pendant la nuit, comme n'étant autre chose que des exacerbations qui surviennent si fréquemment dans le cours de la plupart des maladies aiguës, lorsque le soleil n'est plus sur l'horizon. Toutefois les paroxysmes des fièvres rémittentes en diffèrent par le frisson souvent violent qui marque communément l'invasion de l'accès, et par la sueur et la moiteur qui

(1) *Pathol. génér.*, 3e édit., Paris, 1840, p. 627.

le terminent et qui coïncident avec un amendement de la plupart des symptômes généraux et locaux. Il faut aussi avoir égard à la constitution régnante, car les fièvres rémittentes, compliquées de phlegmasies diverses, sévissent en même temps que les intermittentes. Les anciens auteurs ont aussi conseillé, pour établir le diagnostic des fièvres subcontinues, d'examiner avec attention l'état de l'urine ; ce liquide devant fournir un sédiment briqueté abondant dans la période de rémission. Enfin, quelquefois on ne peut avoir que des doutes sur l'existence d'un élément intermittent; dans ces cas l'administration du quinquina est la pierre de touche pour connaître la véritable nature de l'affection. Il existe en effet des malades chez lesquels l'intermission est extrêmement courte et fugitive, et c'est surtout d'après la considération de la constitution régnante, de la saison, et des conditions de localité dans lesquelles on observe, qu'on peut soupçonner l'influence miasmatique, de la nécessité de visiter les malades plusieurs fois pendant le jour et la nuit, afin de saisir facilement le moment du paroxysme ou de la rémission. Je crois que c'est par suite d'une observation incomplète des malades que M. le docteur Guislain, dans une communication qu'il a faite à la société de médecine de Gand (1), a soutenu, que sous l'influence des miasmes marécageux, on voyait survenir diverses maladies inflammatoires, et en particulier des pneumonies qui différaient complétement des fièvres larvées, pernicieuses, rémittentes, décrites par tous les auteurs, et constituaient au contraire des phlegmasies véritables, souvent accompagnées de symptômes formidables, ne présentant jamais ni intermittence, ni rémittence, et qui cédaient néanmoins à l'administration du sulfate de quinine. M. Guislain dit avoir observé fréquemment ce genre de phlegmasies dans les endroits avoisinant les polders. Depuis plusieurs années, il en a vu des exemples à Gand et dans ses environs; elles semblent de préférence se déclarer dans le quartier de la Porte-de-Sas et dans celui d'Akerghen avoisinant les prairies. Il croit aussi les avoir observées à Rome, et pense qu'on les rencontre partout où il y a des terres submergées. Il est infiniment probable, pour

(1) *Annales et bulletin de la société de méd. de Gand.* Livraison de juillet, 1839.

ne pas dire certain, que M. Guislain a méconnu dans ces cas le caractère rémittent de la fièvre, lequel est souvent très difficile à constater, à cause du peu de durée de la rémission qui passe inaperçue pour les assistans et pour les malades eux-mêmes. La spécificité du quinquina, les cures merveilles, pour me servir des propres expressions de M. Guislain, que ce médicament procura dans les cas dont je parle, prouvent en faveur de mon opinion.

Peut-on diagnostiquer la forme de l'altération pulmonaire? Peut-on, par exemple déterminer, si le poumon est hépatisé ou splénisé? je crois que dans l'état actuel de la science il serait imprudent de vouloir ainsi préciser le diagnostic anatomique de la maladie; on peut peut-être avoir à ce sujet quelques présomptions, mais jamais de certitude absolue. Ainsi lorsque une pneumonie amène la mort des malades, et que pendant toute sa durée elle n'a produit d'autres phénomènes locaux que de la matité et une crépitation grosse, rare, sans souffle, ou bien une matité sans aucune espèce de bruit naturel ou morbide, on peut regarder comme *probable* que le poumon est *splénisé*. Lorsque au contraire la pneumonie s'étant d'abord montrée avec les signes physiques propres à l'hépatisation, on voit ensuite cesser tout à coup toute espèce de bruit au niveau des parties malades; on n'a dans ce cas, aucune raison de croire plutôt à une splénisation qu'à une hépatisation le plus souvent grise; ce sont là de nouvelles recherches à tenter. Pour compléter ce que je viens de dire du diagnostic de la pneumonie, il me reste maintenant à mettre la maladie en parallère avec les principales affections thoraciques qui peuvent la simuler.

§ V. *Diagnostic de la pneumonie d'avec les autres maladies de poitrine qui lui ressemblent.*

Les maladies dont les symptômes offrent quelque ressemblance avec ceux de la pneumonie sont la pleurésie, la bronchite aiguë fébrile, l'œdème des poumons et certaines formes de la phthisie pulmonaire. Nous allons examiner tour à tour le diagnostic de chacune de ces affections comparativement avec celui de la pneumonie.

1° *Pleurésie.* — Les symptômes communs à la pleurésie et à la pneumonie sont la douleur de côté, la dyspnée, l'oppression,

la toux, l'accélération des mouvemens respiratoires, la matité le souffle, la broncophonie et la fièvre. On conçoit qu'une pneumonie qui ne se révélerait point par d'autres symptômes que par ceux que je viens d'indiquer, une pneumonie dans laquelle manqueraient, et la crépitation, et les crachats rouillés, pourrait être méconnue, et il serait possible de la prendre alors pour une pleurésie avec épanchement. Cependant on peut, même dans ces cas, arriver à un diagnostic précis. Dans la pleurésie, le mouvement fébrile est généralement moins intense que dans la pneumonie ; il est rare que la fièvre, que la prostration des forces et l'état du facies soient en rapport exact avec l'étendue qu'occupent la matité et la respiration bronchiques. Il n'y a rien en effet de si fréquent, que de voir des malades qui ont tout un côté ou la plus grande partie d'un côté de la poitrine tout à fait mat, avec un souffle tubaire et une broncophonie éclatante, et cependant leur facies est naturel, les forces ne sont pas prostrées, la fièvre est peu marquée ou nulle. Dans ces cas le doute n'est point permis, ces individus n'ont point de pneumonie, ils n'ont qu'un épanchement pleurétique, car il est certain qu'une inflammation pulmonaire qui serait assez intense pour se révéler par des phénomènes physiques aussi étendus, exciterait beaucoup de fièvre, s'accompagnerait d'une grande oppression, de beaucoup d'anxiété et de tout l'appareil de symptômes qui est le cortège ordinaire des maladies graves. Si pourtant on explore les malades à une époque très voisine du début, dans les deux ou trois premiers jours par exemple, la fièvre et l'anxiété peuvent être portées à un très haut degré, mais dans ces cas même il est une circonstance qui mérite de fixer l'attention, c'est une matité étendue avec absence de respiration ou avec du souffle et de la broncophonie. Dans l'hypothèse d'une pneumonie, il faudrait donc supposer que dans l'espace de quelques jours, la phlegmasie ayant envahi à la fois un grand espace, est parvenue partout au même degré, car on n'entend nulle part de crépitation même pendant la toux ; la chose à la rigueur ne serait pas impossible, mais à coup sûr elle est excessivement rare.

Enfin, en comparant avec soin le souffle, la broncophonie et la matité dans les épanchements pleurétiques et dans les cas d'hépatisation pulmonaire, on trouve des nuances qui peuvent éclairer le diagnostic; c'est ainsi que dans la pleurésie la matité

est plus complète, l'élasticité plus complétement abolie qu'elle ne l'est dans la pneumonie au deuxième ou au troisième degré. J'ai trouvé le souffle tubaire et la broncophonie dans la moitié des épanchemens pleurétiques dont j'ai recueilli l'histoire, et dont le nombre dépasse cinquante ; mais ce n'est guère que chez un cinquième d'entre eux, que ces phénomènes présentaient tous les caractères qu'ils ont dans les cas de pneumonie; dans tous les autres, la broncophonie était moins éclatante, le souffle était comme étouffé ou voilé, il semblait se passer plus profondément, il n'était perçu que dans un point plus ou moins circonscrit de la matité. *Enfin, chez plusieurs malades* on diminuait ces phénomènes ou on les faisait changer de place en imprimant au tronc différentes positions qui permettaient à l'épanchement de se déplacer. On voit donc que je ne saurais attribuer au souffle tubaire la valeur diagnostique un peu trop exclusive que lui donnent MM. Andral, Barth et Roger.

Quelques personnes m'auront déjà reproché, sans doute, de ne pas indiquer l'égophonie comme caractère distinctif des épanchemens pleurétiques et de l'hépatisation pulmonaire; mais je crois qu'on aurait tort de regarder avec Laënnec ce phénomène comme pathognomonique d'un épanchement de liquide dans la plèvre. Vers la fin de 1836, une femme succomba à la clinique de l'Hôtel-Dieu avec une double pneumonie ; la veille de la mort nous avions constaté, M. Chomel et moi, une *égophonie* manifeste à la base du côté gauche et une *broncophonie* dans la moitié inférieure droite ; je m'attendais, lors de l'ouverture du cadavre, à trouver un épanchement dans la plèvre gauche et une hépatisation simple du poumon droit : cependant, à l'autopsie, je vis tout le contraire de ce que j'avais supposé. Une pleuropneumonie arrivée au deuxième et au troisième degré, avait envahi la moitié inférieure du poumon droit tandis qu'à gauche il n'y avait qu'une hépatisation simple sans épanchement de liquide ni de fausse membrane, et sans trace de pleurésie. M. Chomel, à qui je manifestai mon étonnement, me dit alors qu'il avait observé plusieurs fois l'égophonie dans des cas d'induration pulmonaire simple. Je sais bien qu'on peut nous objecter qu'un épanchement a pu exister pendant la vie, et que ce liquide a été résorbé peu avant la mort; mais cette supposition n'est guère admissible lorsqu'on ne trouve, comme dans le cas

précédent, aucun vestige de pleurésie. On lit d'ailleurs, dans l'ouvrage de M. Louis, sur la phthisie, un fait qui confirme mon opinion. Ainsi, chez un malade qui succomba à une phthisie aiguë, M. Louis constata, au niveau de l'épaule, un peu d'égophonie, ce qui lui fit croire à l'existence d'une pleurésie circonscrite; mais à l'autopsie il ne trouva ni *épanchement*, *ni fausses membranes*, *ni adhérences au niveau de l'épaule*, le poumon, imperméable dans les neuf dixièmes de son étendue, était seulement rempli de tubercules et de noyaux d'hépatisation (1).

Les épanchemens pleurétiques diffus ou circonscrits qui se sont évacués au-dehors à travers une fistule pulmonaire, ont souvent été confondus avec les abcès du poumon, par les médecins même les plus distingués. Pour arriver alors au diagnostic différentiel, il faudra non-seulement avoir égard à la marche des deux affections, mais encore à la différence que présentent les symptômes communs aux deux maladies. Ainsi, il faudra alors tenir compte de la quantité de pus que les malades rendent par l'expectoration. Dans les cas d'abcès pulmonaire, il est bien rare que cette quantité s'élève à 300 grammes; s'il y a empyème, au contraire, le fluide morbide est deux ou trois fois plus abondant; on a vu des malades qui en ont rendu en très peu de temps jusqu'à 3 ou 4 kilogrammes; le pus s'échappe alors par flots et comme par une sorte de vomissement par le nez et la bouche à la fois; l'arbre bronchique en a été quelquefois obstrué jusque dans ses dernières ramifications, et les malades sont morts réellement asphyxiés. Deux des observations (la troisième et la quatrième) que M. le professeur Lallemand de Montpellier présenta autrefois à l'Athénée de Médecine (2), comme des exemples d'abcès du poumon guéris, opinion qui fut partagée par le rapporteur, sont évidemment deux faits d'empyème dont le liquide a été évacué par les bronches. Ce qui le prouve, c'est que dans les antécédens on ne trouve indiqués aucun des signes pouvant caractériser une pneumonie; l'un des malades rejeta en un instant un litre d'une matière mucoso-purulente, et le côté gauche qui était mat en arrière et en bas, devint aussitôt presque aussi *sonore que le côté opposé*.

(1) *Phthisie*, p. 424. *Obser. XXXV*.
(2) *Bibliothèque méd.*, t. LXV, p. 214.

Une circonstance qui mérite également d'être mentionnée, c'est que dans les cas d'abcès pulmonaire, dès que le foyer s'est vidé, la quantité de pus que les malades rejettent, est en général peu considérable, si on la compare surtout à celle que rendent de temps en temps les individus atteints d'empyème, avec fistule du poumon. L'odeur et la couleur de l'expectoration ne me semblent pas au contraire devoir être d'une grande utilité, pour distinguer si la matière évacuée a été formée dans le poumon ou dans la plèvre. Toutefois, dans le premier cas, le pus est généralement plus homogène, et mêlé quelquefois à une certaine quantité de sang. Dans le cas d'empyème, au contraire, le pus est plus séreux, il est grisâtre ou verdâtre.

Chambers a prétendu (1) que dans les vomiques pulmonaires, le pus exhalait l'odeur d'œuf pourri. Je ne pense pas que le pus formé dans un abcès pulmonaire exhale toujours la même odeur, le plus souvent il n'en a aucune. Si les parois sont mortifiées, il exhalera, ainsi que l'haleine, une odeur de gangrène tout à fait caractéristique (observation de M. Pointe); si la caverne est vaste, que l'évacuation du pus se fasse difficilement, ce liquide, corrompu par le contact de l'air, pourra également acquérir une odeur désagréable, fétide même; mais l'odeur d'hydrogène sulfuré dont parle M. Chambers, ou bien une odeur alliacée, se rencontrent plus fréquemment dans la dilatation des bronches, et bien plus souvent encore dans le cas d'empyème avec fistule pulmonaire.

Pour distinguer les vomiques du poumon de celles de la plèvre, on a dit aussi d'avoir égard à l'époque à laquelle l'évacuation s'opère. Ainsi, on a prétendu (2) que toutes les fois qu'une vomique était rendue le vingtième ou vingt-cinquième jour d'une maladie aiguë de poitrine, il fallait admettre que l'abcès avait son siége dans le parenchyme pulmonaire; que si, au contraire l'expectoration est plus tardive, elle doit avoir sa source dans un abcès enkysté des plèvres. On suppose en effet qu'il faut à la nature un temps beaucoup plus long pour le développement des adhérences, l'organisation des fausses membranes, la circonscription du foyer et la formation d'un conduit dans le tissu

(1) *Med. chirur. review*, vol. eight, p. 141.

(2) *Bibliothèque méd.*, t. LXV, p. 366.

pulmonaire. Je ne pense pas qu'on puisse établir sur ce sujet aucune donnée diagnostique un peu certaine ; en effet, un des malades de M. Lallemand (le troisième) qui n'avait qu'une pleurésie, a néanmoins expectoré le liquide contenu dans sa poitrine, le quinzième jour, tandis que nous avons vu des abcès pulmonaires n'être évacués que le vingt-huitième jour.

2° *Bronchite aiguë.* Il semble d'abord impossible qu'on puisse confondre la pneumonie avec une bronchite aiguë. Dans celle-ci, en effet, l'expectoration est simplement muqueuse, la douleur de poitrine plus ou moins vive et déchirante siége derrière le sternum ; le thorax conserve partout sa sonorité normale, et l'auscultation fait percevoir, dans une étendue variable, à une première période, les râles sibilant et sonore ; plus tard les râles sous-crépitant et muqueux. Cependant il est certain qu'un grand nombre de bronchites aiguës capillaires sont souvent prises pour des pneumonies. Je pourrais citer ici beaucoup d'observations qui ont été publiées dans divers ouvrages périodiques, par des médecins d'ailleurs fort distingués, comme des exemples de *pneumonies doubles*, et qui ne sont en réalité que des cas de bronchite intense ou de pneumonie d'un seul côté compliquées d'une bronchite qui siége dans le poumon opposé. L'erreur de ces médecins vient de ce qu'ils ont confondu le râle sous-crépitant avec la véritable crépitation pneumonique, et qu'ils ont donné au premier une valeur diagnostique qui n'appartient qu'à la seconde. Enfin un grand nombre d'observations présentées comme des exemples de pneumonies qui n'ont pas franchi le premier degré, quoique les symptômes stéthoscopiques aient persisté pendant plus d'un septénaire, appartiennent encore pour la plupart à des bronchites capillaires s'accompagnant d'un râle sous-crépitant plus ou moins nombreux. Mais je pense qu'on évitera désormais de commettre de pareilles méprises si on se rappelle les considérations que j'ai présentées plus haut à propos des râles crépitants et sous-crépitants, et si on compare entr'eux les autres symptômes et la marche des deux maladies. Cependant il est des cas où le diagnostic est très obscur, c'est ainsi qu'il est à peu près impossible de distinguer une bronchite capillaire d'une pneumonie lobulaire, dans laquelle il y a prédominance de l'élément catarrhal. L'étendue plus ou moins grande dans laquelle le râle sous-cré-

pitant existe, sa fixité dans le même point ou sa mobilité, la dyspnée, l'altération plus ou moins profonde des traits, l'intensité de la fièvre peuvent faire naître quelques présomptions, mais ne donnent aucune certitude; ce n'est que lorsque la pneumonie, en se généralisant, se révèle par les signes stéthoscopiques propres au deuxième degré, qu'on peut être certain de son existence.

3° *Œdème pulmonaire.* — Je ne parle ici de cette affection que parce que la plupart des auteurs ont voulu, depuis Laënnec, établir les caractères distinctifs de l'œdème pulmonaire d'avec les pneumonies; quant à moi je pense que l'œdème des poumons est une maladie complétement inconnue sous le point de vue de la symptomatologie.

Il est probable qu'au niveau d'une portion de poumon frappée d'œdème, la sonoréité doit être moins parfaite, le bruit respiratoire moins fort, le retentissement naturel de la voix affaibli ou nul. Je ne parle pas du râle sous-crépitant que tout le monde indique comme un signe de l'œdème, et qui ne peut, en réalité, que caractériser une bronchite des dernières ramifications. J'avoue pourtant que si ces phénomènes coïncidaient avec un appareil fébrile, il serait impossible de déterminer dans les deux ou trois premiers jours qu'il y a œdème du poumon, plutôt qu'une phlegmasie du tissu de l'organe. Cependant on parviendrait peut-être à établir le diagnostic différentiel, en remarquant que les phénomènes stéthoscopiques et de percussion existant dans les parties déclives de l'un et l'autre poumon, restent limités à un même espace, et qu'on n'observe pas les signes physiques de l'hépatisation que nous avons vus succéder si rapidement à ceux qui caractérisent le premier degré. Ajoutez à tout cela des crachats muqueux, l'absence de douleur de côté et de fièvre, ou bien quand celle-ci existe, elle peut être expliquée par quelque phlegmasie. Enfin, l'œdème des poumons paraît être une altération toujours symptomatique, par conséquent elle coexistera avec une des ces affections qui sont la cause ordinaire de l'œdème, et spécialement avec une maladie organique du cœur. En ayant égard à toutes ces circonstances, je pense qu'on arrivera facilement au diagnostic différentiel de l'œdème pulmonaire et de la pneumonie.

4° *Tubercules pulmonaires.* — Il est une forme de phthisie pul-

monaire qui brusque dans son développement rapide, dans sa marche, s'accompagnant de tout l'appareil des maladies aiguës, peut simuler jusqu'à un certain point une phlegmasie du parenchyme pulmonaire; cette méprise serait surtout facile à commettre chez les jeunes sujets. Ainsi un enfant a la peau chaude, une fièvre violente, de la matité avec respiration bronchique existe sous l'une des clavicules, on n'a aucun renseignement sur la santé antérieure ; est-il certain alors, comme le disent MM. Rilliet et Barthez, qu'il y ait une pneumonie (1)? Ces médecins ont vu souvent résoudre cette question par l'affirmative ; un traitement être prescrit d'après ces vues, et cependant chez la grande majorité des sujets, ces symptômes dépendaient d'une infiltration tuberculeuse du poumon, comme l'autopsie le prouvait. Dans ces cas difficiles il faut, disent ces auteurs, tenir compte de l'intensité de la fièvre et surtout de la marche de la maladie, si les signes stéthoscopiques persistent malgré la diminution des symptômes généraux, il est probable que cette persistance est due à l'affection tuberculeuse. Je suis complétement de leur avis, mais cela n'empêche pas de rattacher à un état aigu, à une pneumonie, la fièvre et le souffle tubaire qu'on a observés pendant un certain nombre de jours.

C'est surtout la pneumonie lobulaire généralisée qui, chez les enfans, peut faire croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire; cette phlegmasie, en effet, à l'instar des tubercules du poumon, produit de la toux, du dévoiement, du marasme. Cependant, d'après les remarques de MM. Rilliet et Barthez, il serait possible dans ces cas en apparence si difficiles d'établir un diagnostic différentiel, en se rappelant que s'il n'y avait qu'une pneumonie lobulaire *simple*, les signes stéthoscopiques n'indiquant qu'une affection catarrhale, ne seraient nullement en rapport avec la gravité des symptômes généraux, tandis qu'une affection tuberculeuse, qui est parvenue à exciter dans l'économie un trouble aussi profond, se révèle presque toujours par des signes physiques d'auscultation et de percussion. Une circonstance dont on doit aussi tenir compte, c'est que la pneumonie dont je parle, est fréquente de deux à trois ans; tandis que la phthisie se montre rarement à cet âge. Je donne

(1) *Loc. cit.*, p. 112.

ces faits sans commentaires, car je n'ai encore à ce sujet aucune observation pour appuyer ou infirmer les opinions des auteurs dont je parle.

Si on analyse les principales observations de phthisie aiguë chez les adultes, on trouve qu'indépendamment d'un appareil fébrile continu, les malades éprouvaient une douleur dans quelques points de la poitrine, souvent bornée au côté où les désordres les plus graves furent rencontrés lors de l'autopsie; il y eut de la toux et une expectoration de matière opaque, grumelée, muqueuse, verdâtre, mêlée parfois à une certaine quantité de sang. Plus tard, les crachats plus opaques présentaient des stries jaunes à leur surface; l'auscultation ne donna du moins au début, que des résultats presque négatifs, c'est-à-dire qu'elle fit entendre une expansion incomplète, ou des râles de bronchite. Si on ajoute à ce tableau la marche de la maladie, les symptômes ultérieurs, tels que sueurs nocturnes, amaigrissement rapide, dévoiement colliquatif, et souvent même des signes physiques d'excavations, on verra qu'il est difficile de prendre, une phthisie aiguë *simple* pour une pneumonie. Si ces deux affections se développent simultanément, on pourrait d'abord méconnaître la complication tuberculeuse, jusqu'à ce que les symptômes aigus aient disparu.

Je crois qu'il est inutile d'indiquer ici le diagnostic différentiel des abcès pulmonaires et de la phthisie confirmée; car les antécédens des malades et les symptômes actuels permettront au médecin instruit d'établir son jugement. Le seul cas qui mettrait le praticien dans l'embarras, serait celui d'un individu qui, jouissant en apparence d'une bonne santé, quoique portant dans un point circonscrit du sommet d'un des poumons, une masse tuberculeuse plus ou moins considérable, viendrait à être affecté d'une pneumonie qui amènerait brusquement le ramollissement et l'expulsion du produit morbide; je conviens que le diagnostic offrirait alors de grandes difficultés. La rapidité de la convalescence, le retour prompt de l'embonpoint et des forces, la cicatrisation rapide de l'excavation, l'absence de tout antécédent fâcheux, devraient nous éloigner de la pensée qu'il pût exister alors une affection tuberculeuse. D'ailleurs les faits de ce genre sont tellement rares qu'ils semblent presque ne devoir point entrer dans les prévisions de l'homme de l'art.

Une induration tuberculeuse par la matité qu'elle produit par le souffle et la broncophonie qui l'accompagnent, pourrait faire croire à une induration inflammatoire; mais la longue persistance de ces phénomènes sans changement marqué, l'espace en général circonscrit dans lequel on les perçoit, peuvent, indépendamment des autres signes, permettre d'établir le diagnostic différentiel.

§ VI. *Diagnostic des pneumonies consécutives.*

On a vu précédemment combien les pneumonies survenaient fréquemment dans le cours de la plupart des maladies aiguës et chroniques; j'ai prouvé également que dans un grand nombre de cas, leur début était obscur, leur marche insidieuse, et que leurs symptômes principaux étaient peu marqués, ou même manquaient complétement : cette connaissance indique la conduite que le médecin doit tenir. Il devra, dans toutes les affections aiguës ou chroniques un peu graves, surtout dans les affections fébriles, rechercher si quelque complication inflammatoire ne survient pas du côté des organes pectoraux. Il ne devra pas seulement interroger l'état fonctionnel, mais il faudra surtout s'assurer, par une exploration souvent répétée, à l'aide des moyens physiques, qu'il n'existe ou qu'il ne survient aucun signe de pneumonie. Je dois rappeler encore ici que les phénomènes fournis par l'auscultation ne paraissent souvent manquer que parce qu'on les recherche incomplétement. Une diminution dans l'expansion pulmonaire limitée à une petite étendue d'un poumon, ou bien une respiration sèche, un peu rude, quelques bulles rares de crépitation grosse, tous ces phénomènes, quelque légers qu'ils soient, seront d'une grande valeur, non pour porter un diagnostic définitif, mais pour avoir une présomption qui devra nous guider dans l'application de la méthode thérapeutique. En outre, dans les cas où quelque phénomène morbide paraît exister vers un point de la poitrine, il ne faut jamais oublier de faire tousser les malades; car l'on voit souvent alors les signes stéthoscopiques se montrer plus distinctement, et l'on peut alors établir plus sûrement un diagnostic qui, avant cette expérience, était encore incertain.

La considération de l'appareil fébrile développé brusquement chez des individus atteints déjà de quelque maladie chro-

nique, est encore d'une grande importance, et indique que quelque complication de nature inflammatoire est survenue; et comme de toutes les phlegmasies intercurrentes qui se déclarent dans le cours des maladies organiques, la pneumonie est la plus commune ou du moins l'une des plus fréquentes, c'est immédiatement du côté de la poitrine que devra se porter toute l'attention et toute la sollicitude du médecin. Enfin nous devons dire des individus atteints d'une maladie plus ou moins grave, ce que nous disions précédemment des vieillards : savoir qu'il faut rechercher chez eux la cause de tous les accidens nouveaux qui surviennent ; ce n'est que par une attention de tous les instans, qu'on parviendra à saisir dès leur origine les complications inflammatoires du côté des poumons. C'est souvent sur cette prompte connaissance, qu'est fondé tout l'espoir que l'on peut avoir sur les moyens thérapeutiques.

Il est des pneumonies qui se développent à une période tellement avancée des maladies, que leur diagnostic devient pour ainsi dire inutile pour la pratique. Dans ces cas, évidemment désespérés, où l'art est impuissant, le seul devoir qui reste au médecin est de respecter l'agonie de son malade, et de renoncer à la satisfaction qu'on peut éprouver à préciser d'avance toutes les altérations qu'on retrouvera le lendemain à l'ouverture du cadavre. La pneumonie occupant le plus souvent alors la partie postérieure et inférieure des poumons, il faudrait imprimer à ces malheureux malades des mouvemens qui leur seraient pénibles, qui augmenteraient leur anxiété, et pourraient même, vu l'état de faiblesse auquel ils sont parvenus, provoquer une défaillance mortelle. M. le professeur Chomel a dit avec raison (1), qu'un médecin probe aimera mieux dans des cas de ce genre, rester volontairement dans une incertitude qui n'a pas d'inconvénient, que de compromettre le dernier souffle d'un agonisant par une curiosité tout à fait intempestive.

(1) *Dict. de Médec.* t. XVII, p. 231.

# CHAPITRE XIV.

## PRONOSTIC DE LA PNEUMONIE.

De l'aveu de tous les praticiens, la pneumonie est une maladie grave; le pronostic doit toujours être sérieux, même dans le cas où les premiers symptômes apparaissent sous une forme bénigne, qui pourrait rassurer au premier abord. Mais l'expérience de tous les jours démontre que les pneumonies bénignes dans les premiers jours, et qui semblaient d'abord devoir céder facilement à une médecine purement expectante, s'aggravent ensuite tout à coup, suivent alors une marche rapide, et ont souvent une issue funeste. Il y a pourtant des circonstances individuelles et extérieures qui, exerçant sur la marche et la terminaison de la pneumonie une influence directe et toute puissante, doivent, lorsqu'elles existent, modifier le pronostic de la maladie. Nous allons les examiner avec soin, et entrer à ce sujet dans quelques détails : la science du pronostic est si difficile, surtout dans les maladies aiguës. Pour établir un jugement qui ne soit pas hasardé, le médecin a besoin de comparer et de rapprocher un si grand nombre de circonstances, que les personnes qui, vouées aux études cliniques, ont pu apprécier toutes ces difficultés, nous sauront gré d'avoir réuni tous les élémens sur lesquels on pourra fonder le pronostic de la pneumonie. Ce sera ensuite à la sagacité du praticien à discerner dans chaque cas en particulier, les circonstances qui doivent prédominer dans le jugement qu'il faut porter sur l'issue probable de l'affection. La science du pronostic est peut-être la partie de la pathologie qui offre le plus de vague et d'incertitude ; elle est en effet, surtout pour la pneumonie, presque entièrement basée sur quelques aphorismes qui ont traversé la série des âges, protégés par le respect qu'on a toujours eu pour les vieilles traditions. Loin d'accepter ces sortes *d'adages*, comme des vérités démontrées, je les ai considérés comme des assertions que j'ai voulu soumettre à la critique et dont j'ai cherché à apprécier la valeur en les étudiant à l'aide de la méthode rigoureuse qui nous a servi jusqu'à présent à résoudre toutes les questions qui se sont présentées.

### § I. *Age.*

La considération de l'âge des sujets est un des principaux élémens sur lequel repose le pronostic de la pneumonie. Suivant cette affection dans les différens âges de la vie, depuis la naissance jusqu'à la plus extrême vieillesse, et en n'ayant égard qu'aux cas de pneumonies *primitives*, voici ce qu'on observe. Dans la première enfance et chez les nouveau-nés en particulier, la pneumonie est une affection excessivement grave; si même on se fondait exclusivement sur les résultats obtenus à l'hospice des enfans trouvés de Paris, on pourrait dire, que chez les sujets de cet âge, la pneumonie est une maladie *presque nécessairement mortelle*, puisque tous les petits malades vus par M. Valleix ont succombé; un seul de ceux que M. Vernois a observés a guéri. Cependant hâtons-nous de dire qu'on ne doit pas attribuer à la pneumonie seulement, une mortalité aussi effrayante. Les conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvent ces malheureux enfans, les complications nombreuses qu'ils présentent, et disons-le aussi, l'insuffisance des soins qu'ils reçoivent, expliquent ces douloureux résultats. Il paraît que la pneumonie est beaucoup moins meurtrière chez les nouveau-nés, qui sont traités dans la pratique particulière.

Nous ne possédons aucun relevé sur le mode de terminaison le plus fréquent de la pneumonie chez les enfans, depuis l'âge de cinq ou six mois jusqu'à deux ans. Ayant eu l'occasion de soigner d'une pneumonie, deux enfans qui avaient un an et quinze mois, j'ai été assez heureux pour voir la maladie se juger favorablement.

Tous les auteurs qui dans ces derniers temps se sont occupés avec le plus de succès de la pathologie de l'enfance, s'accordent à regarder les pneumonies comme une maladie très meurtrière chez les sujets compris entre deux et cinq ans. C'est ainsi que sur vingt-sept cas de pneumonies, observés par MM. Rufz et Gerhard chez les enfans compris dans cette période, on n'a observé que deux cas de guérison bien constatés (1). Les résultats obtenus par MM. Rilliet et Barthez sont plus rassurans, puisqu'ils ont été assez heureux pour pouvoir guérir les huit enfans

(1) *Journ. des conn. méd. chirur.*, t III, p. 105.

âgés de deux à cinq, qui furent affectés de pneumonies dans le cours d'une assez bonne santé (1).

D'après les observateurs que j'ai précédemment cités, la pneumonie paraît être une affection presque bénigne chez les individus compris entre six et douze ans, puisque sur quarante enfans qui se trouvent dans cette catégorie, MM. Rufz et Gerhard n'ont constaté qu'un seul cas de mort; MM. Rilliet et Barthez disent aussi que de six à quinze ans, ils n'ont vu succomber aucun individu. Ce peu de gravité de la pneumonie se rencontre presque au même degré chez les sujets compris entre seize et trente ans, puisque de 116 individus ayant cet âge, huit seulement ont succombé, c'est-à-dire que la mortalité s'est à peine élevée à un quatorzième.

Dans les périodes suivantes, au contraire, la mortalité est en général d'autant plus considérable, que les sujets étaient arrivés à un âge plus avancé; c'est ainsi que négligeant les petites fractions, la mortalité de trente à quarante ans a été un peu moindre qu'un septième; elle s'est élevée au sixième de quarante à cinquante, a été d'un cinquième chez les sujets compris entre cinquante et soixante; de soixante à soixante-dix la mortalité n'a pas atteint le sixième, tandis qu'au dessus de soixante-dix ans, les huit dixièmes des sujets ont succombé.

On pourrait donc établir, d'après ce qui précède, que la mortalité est en général d'autant plus grande, et que le pronostic doit être par conséquent d'autant plus fâcheux, que les individus sont arrivés à une période plus avancée de la vie. Une seule exception a existé pour les sujets de soixante à soixante-dix ans, dont la mortalité a été moindre que chez ceux compris entre quarante et soixante. Si je n'avais consulté que les faits recueillis dans les années 1835, 36, 37 et 39, j'aurais fixé à un cinquième le chiffre de la mortalité chez les sujets parvenus à cet âge; mais des résultats plus heureux obtenus pendant un an dans le service qui m'a été confié, résultats qui ont tenu au traitement employé ou à la constitution régnante, ont dû le modifier. Aussi je n'en persiste pas moins à penser que la pneumonie est une maladie dont la gravité va toujours croissant au-dessus de trente ans. Après soixante-dix ans, elle est le plus souvent mortelle; cependant elle peut avoir une autre issue chez des vieillards encore plus

(1) *Loc. cit.*, p. 117.

âgés. On a vu en effet la pneumonie guérir chez des sujets qui comptaient plus de quatre vingts ans; mais ce sont là des faits tellement rares, tellement exceptionnels, qu'ils doivent peut-être nous empêcher de désespérer tout à fait, mais ils ne sauraient nous donner sur l'issue de la maladie une confiance trop grande, car elle serait presque toujours trompée.

MM. Hourmann et Dechambre, qui n'ont pas donné de statistique dans leurs travaux, se contentent de dire qu'à l'hospice de la Salpêtrière, la terminaison de la pneumonie par la mort est d'une fréquence vraiment effrayante (1); c'est ce qui m'a été également affirmé par M. le docteur Dalmas, médecin de cet établissement, qui a essayé de toutes les méthodes, usé de toutes les formules, sans arriver à des résultats meilleurs. Enfin pour se faire une idée de l'effrayante mortalité que la pneumonie a produite chaque année dans nos deux hospices de vieillards, Bicêtre et la Salpêtrière, il me suffira de dire que sur 129 pneumonies traitées dans ces deux établissemens par M. le docteur Prus, chez des sujets ayant de soixante à quatre-vingt-dix ans, soixante-dix-sept, c'est-à-dire les trois cinquièmes environ, se sont terminées par la mort (2). Les relevés que M. le professeur Chomel donne chaque année dans les compte-rendus de sa Clinique, ceux que j'ai obtenus de l'analyse des faits consignés dans l'ouvrage de Leroux (3), confirment pleinement tout ce que je viens de dire sur l'influence des âges. Ces résultats semblent être les mêmes pour tous les pays, pour les faits qu'on observe dans les hôpitaux comme dans ceux de la pratique privée; c'est ainsi

(1) *Arch.*, t. XII, p. 186, 2e série.

(2) *Recherches sur les maladies de la vieillesse*, (*Mémoires de l'Ac. royal. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 13.)

(3) L'analyse des faits consignés dans le *Cours sur les généralités de la médecine*, par J.-J. Leroux, t. VI, donne:

| | | | |
|---|---|---|---|
| De 13 à 30 ans | 182 malades | dont | 17 morts. |
| 30 à 40 | 58 | | 15 |
| 40 à 50 | 47 | | 16 |
| 50 à 60 | 55 | | 23 |
| 60 à 70 | 16 | | 9 |
| 70 à 75 | 6 | | 5 |
| Total des malades | 364 | Total | 85 morts. |

que soixante-trois pneumonies, en 1837, se sont terminées d'une manière funeste à Genève et dans sa banlieue.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | ont été observés chez des sujets âgés de moins d'un an. | | | | |
| 4 | de | 1 | à | 5 | ans. |
| 5 | de | 5 | à | 10 | |
| 1 | de | 10 | à | 20 | |
| 2 | de | 20 | à | 30 | |
| 2 | de | 30 | à | 40 | |
| 6 | de | 40 | à | 50 | |
| 12 | de | 50 | à | 60 | |
| 12 | de | 60 | à | 70 | |
| 11 | de | 70 | à | 80 | |
| 5 | de | 80 | à | 90 | |

Ainsi plus de la moitié des individus dépassaient cinquante ans, tandis que la longue période de dix à quarante ans ne comptait que cinq décès ou un douzième (1). On verra plus tard combien la connaissance de l'influence de l'âge nous sera utile pour apprécier certains succès thérapeutiques.

## § II. *Sexe.*

Le sexe des individus exerce probablement quelqu'influence sur la terminaison favorable ou fâcheuse de la maladie. C'est ainsi qu'il résulte de l'analyse de mes observations, que chez les femmes la pneumonie se serait montrée presque deux fois plus meurtrière que chez les hommes, puisque la mortalité chez les premières a été presque le double de celle que j'ai trouvée chez l'homme. En comparant les résultats obtenus pendant quatre années consécutives, je vois qu'à l'exception de l'année 1837, dans les trois autres, la mortalité a toujours été plus considérable chez les femmes. J'ai recherché quelle pouvait en être la cause, et je crois qu'elle dépend en grande partie de ce que les femmes étaient généralement plus âgées que les hommes; j'ai calculé en effet qu'à l'exception de deux femmes qui n'avaient pas encore atteint leur 30e année, toutes les autres qui avaient succombé avaient dépassé cette période, et présentaient pour *âge moyen* 55 ans, tandis que celui des hommes atteignait à peine le chiffre de 43. M. le docteur Briquet (2) est arrivé à des résultats qui confirment ceux que je viens d'exposer; ce médecin a reconnu comme moi que la mortalité fut chez les femmes *le double* de ce qu'elle a été chez les hommes. L'auteur croit que cette différence tient surtout à ce que le nombre des femmes

(1) *Marc D'Espine, Ann. d'hygiène et de méd. légale*, t. XXIII, p. 50.

(2) *Archives*, 3e série, t. IX, p. 27

âgées prises de pneumonie était plus grand que celui des hommes, puisque la moyenne de l'âge des hommes atteints de pneumonie fut de trente-six ans et demi, tandis qu'il s'élevait pour les femmes à quarante-six et demi. D'après les relevés de la clinique de l'Hôtel-Dieu, on a également reconnu que la pneumonie était plus grave chez les femmes que chez les hommes, dans le rapport d'un tiers à un huitième, mais nous ignorons ici l'influence que l'âge des malades a pu exercer.

Je conclus des faits précédens que si les hommes sont plus souvent atteints de pneumonie que les femmes, chez celles-ci la maladie se montre plus grave, et elle en emporte un nombre beaucoup plus considérable, puisqu'il dépasse d'un tiers ou même de moitié celui des hommes. Toutefois la différence des âges ne peut expliquer suivant moi la différence proportionnellement beaucoup plus considérable de la mortalité. Je crois donc qu'il est rationnel d'admettre une influence directe exercée par le *sexe* même des individus, et ce qui confirme cette opinion, c'est que la pneumonie paraît être beaucoup plus meurtrière l'hiver à l'hospice de la vieillesse (femmes), qu'à l'hospice de la vieillesse ( hommes ).

Il est quelques circonstances de la vie des femmes qui influent aussi comme on a dû le voir précédemment, sur l'issue fâcheuse de la pneumonie. Tel est surtout l'état de grossesse et peut-être aussi la période puerpérale, puisque nous avons dit que la pneumonie qui affectait les femmes enceintes avait eu pour effet neuf fois sur douze de produire, soit un avortement, soit un accouchement prématuré, ce qui était toujours une grave complication pour la maladie première. Enfin, l'état de grossesse est une des conditions les plus fâcheuses pour l'issue de la maladie elle-même, puisque nous avons vu que sur quinze femmes grosses qui eurent une pneumonie, onze succombèrent quoique la plupart fussent dans des conditions de santé favorables en apparence. Le pronostic de la pneumonie paraît être plus fâcheux si la grossesse n'a pas encore atteint son septième mois; c'est ainsi que de dix femmes dont l'âge de la grossesse variait de trois à six mois, neuf succombèrent, tandis que parmi les cinq dont l'état de gestation avait dépassé sept mois, il n'y en eut que trois dont la maladie eut une issue funeste. Enfin, le pronostic sera grave par rapport au fœtus lui-même. Autant que je puis en juger par le petit nombre

de faits que je possède, je crois cette influence d'autant plus fâcheuse, 1° que la grossesse est moins avancée ; 2° que l'accouchement prématuré a lieu à une époque plus éloignée du début de la pneumonie; 3° que celle-ci était plus intense. La pneumonie qui survient pendant l'état puerpéral nous paraît également plus grave, on l'a vue en effet dans cette condition se terminer dans plus de la moitié des cas, d'une manière funeste et dans un temps en général fort court.

Jusqu'à présent on n'est point fixé sur l'influence que l'époque menstruelle exerce sur la gravité de la pneumonie, comme sur celle de la plupart des maladies aiguës (1). Ainsi on a dit que lorsque le développement de la pneumonie coïncidait avec l'apparition des *règles*, la maladie devenait plus intense ; que le danger était aussi grand lorsque les règles venaient à paraître pendant la période aiguë, surtout si la femme était affaiblie. Toutes ces propositions sont loin d'être prouvées; les faits que j'ai recueillis ne sont pas assez nombreux pour que j'ose établir à ce sujet quelque chose de positif, je dirai pourtant que toutes les femmes chez lesquelles les règles coulèrent pendant la période aiguë de la pneumonie, guérirent, et que la vie ne fut réellement en péril que chez l'une d'elles.

### § III. *Constitution.*

La constitution des sujets doit être un des élémens essentiels pour établir le plus ou moins de gravité de la maladie. Toutes choses égales, d'ailleurs, j'ai trouvé que la mortalité avait été deux fois plus forte chez les sujets faibles, débiles, que chez ceux dont la constitution était robuste, quoique cependant ces derniers aient été affectés en beaucoup plus grand nombre que les premiers. M. le docteur Briquet (2) est arrivé à peu près au même résultat, puisque de 21 sujets qui ont succombé, 6 étaient doués d'une constitution forte ; les autres, au contraire, étaient d'une constitution débile ou détériorée. Cette influence, qu'une constitution faible exerce sur la gravité de la pneumonie, nous explique jusqu'à un certain point la mortalité

(1) Sa valeur pronostique n'est fixée pour moi que dans le cas de variole. Dans cette maladie, en effet, j'ai vu le plus souvent les règles se prolonger et se transformer en métrorrhagie, ce qui est un signe presque toujours mortel.

(2) *Arch.* 3e série, t. IX, p. 28.

plus grande que cette affection présente chez les femmes, les enfans et les vieillards.

### § IV. *Conformation thoracique.*

Presque tous les auteurs ont signalé les pneumonies qui affectent les bossus et les sujets dont le thorax est plus ou moins rétréci, comme entraînant après elles un péril beaucoup plus grand. J. Frank (1) a cru l'expliquer en comparant les inflammations viscérales à ces incendies que l'on éteint d'autant plus facilement qu'ils ont envahi des maisons plus vastes. Cette explication n'est qu'ingénieuse, mais elle ne saurait rien prouver, et je ne possède encore aucune série de faits pour résoudre la question. Je crois d'ailleurs sans peine que la pneumonie doit offrir plus de gravité chez les bossus à cause de leur constitution qui est en général grêle, chétive, plus ou moins détériorée, à cause aussi des lésions fréquentes qui existent du côté des organes circulatoires, de l'état habituel de gêne et de la difficulté avec laquelle la respiration se fait. Aussi les maladies de poitrine affectent toujours les bossus d'une manière très pénible ; l'oppression est plus grande, car, indépendamment de celle que la maladie nouvelle produit, il faut encore faire la part de cette dyspnée qui est pour ainsi dire naturelle aux bossus, et qui se trouve en disproportion avec les autres symptômes. Je conçois très bien que si la pneumonie a une certaine étendue, si elle envahit le poumon qui est le moins comprimé, il pourra en résulter une orthopnée, et parfois tous les symptômes d'une véritable asphyxie; ce qui s'explique, comme je l'ai déjà dit, par le petit volume des poumons, parce qu'une partie de ces organes étant comprimée par la gibbosité, est devenue complétement imperméable ; enfin la dilatation du thorax est plus difficile à cause des courbures vicieuses des côtes, de leur changement de direction et d'inclinaison. Toutes ces circonstances doivent, indépendamment de la faiblesse de la constitution, nous porter à considérer les pneumonies comme offrant beaucoup plus de gravité chez les bossus.

### § V. *Pneumonies antérieures.*

On sait qu'il y a plusieurs maladies dont la gravité et la durée sont d'autant moindres qu'elles se reproduisent un plus grand nombre de fois sur le même individu. Cette proposition est

(1) *Loc. cit.*, pars. IIe, vol. IIe, p. 564.

vraie, surtout à l'égard des érysipèles de la face. J'ai recherché si elle était applicable à la pneumonie, et voici les résultats que j'ai obtenus. Sur les 54 malades qui avaient été affectés de pneumonie à une époque antérieure et plus ou moins éloignée, 11, c'est-à-dire environ le cinquième, ont succombé, quoique dans ces récidives ; ce soit le plus souvent le même poumon qui ait été affecté. La mortalité n'a pas été en rapport exact avec le nombre de récidives, il n'y a eu, non plus, aucune relation entre la gravité de la maladie et l'espace de temps plus ou moins long qui séparait celle-ci de la dernière pneumonie qui avait eu lieu. Devons-nous conclure de ce qui précède que le danger de la pneumonie augmente à mesure qu'elle se reproduit un plus grand nombre de fois chez le même individu. Je crois que cette conclusion ressort clairement des faits que je viens d'analyser ; il faut pourtant encore ici faire la part de l'âge des sujets qui étaient parvenus, terme moyen, à leur cinquantième année ; toutefois, on remarquera que la mortalité d'un cinquième que j'ai indiquée est plus forte qu'elle ne devrait être chez les sujets arrivés à cette période de la vie ; il est donc rationnel d'attribuer aux récidives même de la pneumonie une influence fâcheuse sur la gravité et le mode de terminaison de la maladie.

## § VI. *Conditions sociales et professions.*

Il résulte des belles recherches faites par le savant et laborieux docteur Villermé (1), que la proportion des décès dans les quartiers d'une grande ville est en raison inverse de l'aisance. M. Benoiston de Châteauneuf a également prouvé qu'aux mêmes époques de la vie, la mortalité dans les classes indigentes est presque double de ce qu'elle est dans les classes riches (2). Mais, pour compléter ces résultats, il faudrait rechercher quelle est pour chaque maladie en particulier la proportion relative de mortalité dans la classe riche de la société et dans la classe pauvre. Malheureusement la science ne possède encore aucun des élémens nécessaires pour établir cette appréciation même approximativement ; voilà pourquoi j'ai essayé à l'aide des relevés consignés dans le *Statistical Reports*, à éclairer cette question, et voici ce que j'ai trouvé.

(1) *Annales d'hygiène et de méd. légale*, t. III, p. 294.
(2) Même recueil, t. III, p. 5.

Si on recherche comparativement quel a été, *dans les mêmes localités*, le degré de mortalité de la pneumonie chez les officiers et les soldats, on trouve que dans la plupart des stations anglaises, les premiers qui, comme nous l'avons déjà dit, peuvent représenter la classe aisée de la société, succombent dans une proportion moins considérable que les simples soldats; enfin, la mortalité chez ces derniers, n'est pas la même pour tous. On se rappelle qu'il existe dans les stations anglaises d'Amérique, des compagnies de troupes nègres et de pionniers, auxquelles on fait exécuter les travaux les plus fatigans, et qui par conséquent se trouvent, hygiéniquement parlant, dans des conditions plus défavorables que les troupes européennes qui servent dans le même pays, mais auxquelles on réserve les corvées les moins pénibles; aussi la mortalité de la pneumonie est-elle en proportion beaucoup plus considérable chez les premiers que chez les derniers. Je crois que ces faits sont assez concluans pour me permettre d'établir en règle générale, que la mortalité de la pneumonie sera d'autant plus considérable, que les individus qu'elle affecte se trouveront dans des conditions hygiéniques plus défavorables.

Je n'ai rien à dire des professions en particulier; je me bornerai toutefois à réfuter ici une opinion de Stoll (1), qui prétend que les boulangers attaqués de maladies aiguës succombent plus souvent et plus facilement que les autres. Ce qu'il y a de certain pour moi, c'est que cette assertion n'a rien de fondé relativement à la pneumonie.

### § VII. *Habitude de l'ivrognerie.*

Tous les auteurs sont unanimes pour regarder l'ivrognerie comme une circonstance qui aggrave toujours le pronostic des pneumonies. J'ai essayé de soumettre cette importante question à l'analyse des faits. J'ai interrogé la plupart des malades sur le régime, et en particulier sur les excès alcooliques, mais un grand nombre des individus qui s'y livrent habituellement ne veulent point en convenir, et font tous leurs efforts pour qu'on les croie sobres et tempérans; il en est d'autres, au contraire qui, par une sotte vanité, se donnent une réputation d'ivrogne qu'ils ne méritent

(1) *Méd. prat.*, t. I, p. 151, édit de Mahon.

pas. J'ai essayé d'éviter ces différens écueils; aussi je n'ai pu trouver que 17 individus dont les habitudes d'ivrognerie fussent parfaitement démontrées pour moi. Ces malades appartenaient tous au sexe masculin; ils étaient d'une constitution assez forte en apparence, avaient de vingt-quatre à cinquante-neuf ans; leur âge moyen était de quarante-cinq ans, et cependant, malgré des conditions si favorables, leur mortalité a été presque d'un quart, proportion qui est plus considérable que celle qu'on observe communément chez les sujets compris dans cette période de la vie. L'abus des liqueurs alcooliques a été d'ailleurs la seule cause probable qui ait pu m'expliquer le degré de mortalité que j'ai noté chez ces individus.

Ces faits tendent donc à prouver l'influence fâcheuse que les habitudes d'ivrognerie exercent sur la marche et l'issue des inflammations pulmonaires. Toutefois, on a pu voir que les auteurs ont beaucoup exagéré la gravité des pneumonies qui affectent les ivrognes, en prétendant qu'elles avaient presque toujours une issue funeste. Je conçois qu'il en est peut-être ainsi dans les colonies et aux État-Unis, ou dans les classes inférieures de la Russie, chez les ivrognes d'alcool de rhum, de schnap, etc., que l'on voit maigrir, pâlir et s'infiltrer, dont l'appétit et les forces diminuent; on comprend en effet qu'une pneumonie qui survient dans ces conditions doit être presque nécessairement mortelle. Mais heureusement, en France surtout, un pareil abrutissement est rarement observé; c'est ce qui doit faire modifier, chez nous du moins, le pronostic qu'on porte sur les pneumonies qui affectent les sujets qui abusent des liqueurs fermentées.

### § VIII. *Climats, localités.*

On sait que la mortalité de plusieurs maladies n'est pas la même dans tous les climats. J'ai donc recherché si ceux-ci exerçaient quelque influence manifeste sur la gravité et l'issue favorable ou funeste de la pneumonie en particulier. Les relevés publiés par ordre du gouvernement anglais étaient seuls capables d'éclairer cette question, puisque ces documens ont tous été recueillis sur des soldats, c'est-à-dire sur des hommes placés à peu près dans les mêmes conditions d'âge, de constitution, de régime, d'habitudes, et ne différant entre eux seulement que par la circonstance *du climat* dans lequel ils avaient été trans-

portés. Après avoir analysé avec soin les nombreux tableaux du *Statistical Reports*, je suis arrivé à cette conclusion, que les climats n'exercent aucune influence certaine sur l'issue de la pneumonie ; c'est ainsi que le chiffre de mortalité de la pneumonie est à peu près le même pour les îles Bermudes que pour le bas Canada, pour les îles Ioniennes que pour la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswic. Peut-être que certaines circonstances de localité que je ne puis préciser ici, exercent plus d'influence sur la mortalité que les climats eux-mêmes ; c'est ainsi que je trouve la pneumonie deux fois plus meurtrière aux îles sous le vent, c'est-à-dire dans le voisinage de l'équateur, qu'elle ne l'est dans les contrées septentrionales, comme dans le bas Canada.

M. Nepple (1) conclut d'après le tableau de mouvement de l'hôpital de Montluel (Ain), que la pneumonie était la maladie la plus redoutable chez les indigènes des pays d'étangs ; il croit qu'elle affecte une marche plus rapide, puisqu'elle se termine communément du cinquième au septième jour, et qu'elle emporte plus du quart des individus qu'elle affecte. Mais est-il certain que cette gravité de la maladie dépende d'une influence de localité, d'une influence qu'exerceraient les miasmes marécageux ; je ne le pense pas, puisque ayant recherché quelle était la mortalité de la pneumonie dans plusieurs localités marécageuses, et l'ayant comparée à celle qu'on observe dans des pays salubres, je n'ai trouvé entre eux aucune différence bien tranchée. Toutefois, j'admets sans peine que la pneumonie qui affecte les sujets épuisés par de longues fièvres doit avoir plus souvent une issue funeste que chez ceux qui sont dans des conditions différentes de santé, mais ce n'est pas là, à proprement parler, une influence exercée par le climat.

Pour terminer ce qui est relatif à l'influence des localités, je dirai qu'il paraît résulter de quelques relevés publiés récemment, et entre autres, de ceux du docteur W. Farr, que la mortalité de la pneumonie serait plus considérable de près de moitié dans les grandes villes que dans les campagnes, résultat qu'on pouvait prévoir d'après l'influence que la misère et les

(1) *Fièvre int. et rémitten.*, p. 303.

privations exercent sur la mortalité, dans toutes les maladies et dans la pneumonie en particulier.

§ IX. *Saisons.*

Les saisons exercent-elles quelque influence sur le plus ou moins de mortalité de la pneumonie? M. Sestier (1) a cru pouvoir conclure que la pneumonie était plus grave pendant l'été que pendant l'hiver; mais pour arriver à cette conclusion, M. Sestier a réuni indifféremment tous les faits, sans avoir égard aux circonstances telles que l'âge, etc., qui peuvent, par elles-mêmes, influer sur le degré de mortalité de la maladie. Par conséquent les relevés de ce médecin ne sauraient être acceptés comme pouvant servir à résoudre la question. Ayant analysé mes observations, et ayant recherché quel a été le degré de mortalité de la pneumonie dans les six mois les plus froids, c'est-à-dire d'octobre jusqu'au mois de mars inclusivement, j'ai vu que les malades atteints d'inflammation pulmonaire dans cette époque de l'année, avaient péri dans la proportion d'un peu moins qu'un cinquième, tandis que la mortalité des pneumonies survenues dans les autres six mois chauds ne fut que de un sur huit, un tiers. Mais avant de conclure que la saison froide exerçait une influence fâcheuse sur la marche et la terminaison de la pneumonie, j'ai dû rechercher si les deux catégories de malades étaient parfaitement semblables entre elles sous le rapport des autres conditions qui influent ordinairement sur la mortalité. Or, j'ai trouvé que les sujets atteints de pneumonies pendant l'hiver comptaient parmi eux un plus grand nombre de vieillards que ceux qui étaient affectés pendant la saison chaude, puisque l'âge moyen des premiers était de 59 ans, tandis que celui des seconds ne dépassait pas 40.

Cette différence d'âge explique à elle seule la différence de mortalité : on se rappelle en effet que de 50 à 60 ans la mortalité commune a été d'un cinquième, qu'elle ne s'est élevée qu'à un septième chez les sujets compris entre 30 et 40 ans. Je conclus donc que les saisons n'ont aucune part, ou du moins n'ont qu'une part douteuse et fort minime dans le plus ou moins de gravité des pneumonies. Si les saisons exercent réellement quelque influence, les faits qui précèdent indiquent

(1) *Leçons de clinique médicale*, p. 445.

que dans la saison chaude la pneumonie serait un peu moins meurtrière qu'en hiver, et cela indépendamment des conditions d'âge, de constitution, etc.

Il résulte aussi des relevés faits par M. Briquet, que la mortalité a été quatre fois plus forte l'hiver que l'été, mais je fais observer que cela dépend en grande partie de ce que la pneumonie a été trois fois plus fréquente dans la première de ces saisons que dans la seconde; cependant M. Briquet reconnaît aussi que le froid a exercé une influence, soit en faisant naître des phlegmasies plus graves, soit en exaspérant les maladies déjà produites, soit en occasionnant des rechutes. Je crois que l'auteur eût parlé avec plus de réserve de l'influence que les saisons exercent sur la mortalité des pneumonies, s'il s'était rappelé ce qu'il avait dit ailleurs, que la plupart des individus âgés de 60 à 70 ans avaient été reçus dans les mois de décembre, janvier et février (1), circonstance qui explique suffisamment les résultats plus favorables que l'auteur a obtenus pendant l'été; nouvelle preuve que dans l'emploi de la statistique, si l'on veut arriver à des conclusions rigoureuses, il ne faut pas seulement compter les faits, mais il faut aussi les analyser et les comparer.

### § X. *Constitution régnante. — Épidémie.*

Quiconque a observé avec soin et persévérance, aura remarqué qu'à certaines époques, les maladies et les pneumonies en particulier, offrent une bénignité remarquable; beaucoup guérissent spontanément, et il suffit des moyens les plus simples et les moins énergiques pour amener la convalescence. Dans d'autres époques, au contraire, les phlegmasies pulmonaires sont plus graves et elles résistent davantage aux moyens les plus énergiques qu'on emploie. C'est d'ailleurs ce qu'on observe pour toutes les maladies; et cette différence explique les succès momentanés de beaucoup de méthodes.

Comme la plupart des maladies, lorsque la pneumonie règne épidémiquement, elle semble avoir beaucoup plus de gravité que dans les circonstances ordinaires; c'est ce qu'on a vu à Paris pendant l'épidémie de grippe de 1837. Cette mortalité plus grande de la maladie dans les temps où elle règne épidémique-

(1) *Arch.*, t. VII, p. 479, 3e série.

ment, tient à ce que dans les circonstances dont je parle, la pneumonie se complique le plus souvent d'un état général, plus ou moins fâcheux, et revêt communément l'une de ses formes les plus graves, et spécialement la forme typhoïde ou maligne.

### § XI. *Nature des causes occasionnelles.*

On a dit que la nature des causes occasionnelles qui avait provoqué l'explosion de la pneumonie n'était pas sans importance pour établir le pronostic de la maladie. On a prétendu par exemple encore récemment que les pneumonies qui sont déterminées par le froid subit, sont généralement franches et cèdent plus facilement que les autres aux évacuations sanguines. Cependant l'analyse de mes observations ne me permet pas d'adopter cette proposition; c'est ainsi que j'ai vu succomber le quart des individus dont la pneumonie est survenue au milieu d'une santé parfaite à l'occasion d'un refroidissement du corps. Le chiffre de la mortalité paraîtra d'autant plus considérable ici, que l'âge moyen des individus dont je parle ne dépassait pas trente ans; d'ailleurs aucune autre circonstance que la nature de la cause occasionnelle ne pouvait expliquer les résultats fâcheux que je viens d'indiquer.

Je ne sais si les pneumonies qui surviennent à l'occasion des excès alcooliques auraient plus de gravité que les autres, quoi qu'il en soit, je dirai que de trois phlegmasies pulmonaires qui se sont déclarées dans ces conditions, deux ont eu une issue rapidement funeste, quoique les malades fussent dans des conditions d'âge et de santé antérieure qui pouvaient faire espérer une heureuse terminaison. Les pneumonies qui surviennent à l'occasion des causes traumatiques sont peut-être les moins graves de toutes ; beaucoup de chirurgiens, parmi lesquels je dois citer en première ligne M. Vidal de Cassis (1), ont déclaré que les pneumonies qui succèdent aux plaies pénétrantes de poitrine ou à tout autre violence extérieure, se terminent généralement d'une manière favorable. Les observations que j'ai analysées précédemment, confirment cette opinion; toutefois le nombre des faits dont j'ai pu disposer était trop peu

(1) *Pathologie externe.* Paris, 1840, t. IV, p. 467.

considérable pour que je puisse avoir encore sur ce point une opinion bien arrêtée.

§ XII. *Siége de la pneumonie.*

1°. *Côté affecté.*—Plusieurs auteurs, parmi lesquels nous pouvons compter Avenbrugger et Corvisart (1), ont regardé la pneumonie et généralement toutes les maladies du côté gauche de la poitrine comme devant offrir plus de gravité que celles du côté opposé ; ce qu'on a cherché à expliquer par la communication plus prochaine et les rapports plus intimes du poumon gauche avec le péricarde et le cœur. On a supposé également que le poumon devenu plus pesant par les progrès de l'hépatisation comprimait le cœur et en gênait plus ou moins les mouvemens. Plus récemment, M. Briquet (2) a prétendu au contraire que les pneumonies du côté droit étaient plus graves que celles du côté gauche; on a même avancé que les premières étaient deux fois plus meurtrières que les secondes. Mais ces derniers résultats ne sauraient être acceptés, attendu que les auteurs ont manqué d'examiner comparativement toutes les autres circonstances qui, indépendamment du siége de la pneumonie, pouvaient avoir de l'influence sur sa terminaison. Pour ma part, c'est ce que je n'ai pas manqué de faire afin de donner à mes résultats tout le degré de précision possible. C'est ainsi que j'ai choisi 70 pneumonies gauches et un nombre égal de pneumonies droites à peu près semblables sous le rapport du sexe et de l'âge et de la constitution des sujets, ainsi que par l'étendue de la phlegmasie, et j'ai vu dans les deux ordres de faits, que la mortalité avait été exactement la même (d'un septième environ), d'où je conclus que la pneumonie droite n'est pas sensiblement plus fâcheuse que la pneumonie gauche, et lorsque les autres circonstances sont d'ailleurs parfaitement égales; il n'en est plus de même des pneumonies doubles dont la mortalité a été de 7 sur 16 ; mais je me hâte d'ajouter, qu'indépendamment de la double phlegmasie, il faut encore faire la part de l'âge des sujets, puisqu'ils avaient, terme moyen, 10 ans de plus que ceux dont la pneumonie était uni-latérale droite ou gauche.

(1) *Percussion,* Paris, 1808, p. 153.
(2) *Archi.* 3e série. T. IX, p. 29.

2° *Lobes affectés.* — On regarde généralement la pneumonie des lobes supérieurs comme étant plus grave que celle des lobes inférieurs. M. Andral (1) partage cette opinion; cependant, d'après M. le docteur Briquet (2), la phlegmasie du sommet n'aurait aucun rapport direct avec la mortalité. Les faits que j'ai recueillis et analysés contredisent cette assertion; c'est ainsi que, recherchant comparativement le degré de gravité des pneumonies du sommet et des pneumonies de la base, chez des sujets qui offraient un âge moyen de 36 à 38 ans, j'ai reconnu que chez les premiers, la mortalité s'élevait à un cinquième, tandis qu'elle n'était presque que d'un huitième chez les seconds. M. Sestier a donné des résultats qui diffèrent peu de ceux que je viens d'indiquer moi-même; ce médecin a évalué en effet à un quart le degré de mortalité des pneumonies qui affectent le lobe supérieur, tandis qu'elle ne serait que d'un septième pour les pneumonies de la base. On ignore, jusqu'à présent, la raison de cette différence; beaucoup de personnes croient encore que la gravité des pneumonies du sommet dépend de ce qu'elles se compliquent plus souvent que celles de la base de symptômes cérébraux; mais j'ai réfuté précédemment cette assertion. Les pneumonies bornées à la partie moyenne sont celles qui offrent le moins de gravité, puisque sur 30 malades je n'en ai vu succomber aucun; cela dépend sans doute de ce que la pneumonie était limitée dans ces cas à une étendue peu considérable.

La pneumonie du sommet devrait faire encore porter un pronostic grave, parce qu'elle se complique plus souvent que celle de la base de tubercules pulmonaires. Nous avons vu en effet que les dix individus qui ont eu une pneumonie après avoir présenté des signes rationnels ou physiques de tubercules, avaient tous une inflammation du sommet de l'organe. Mais cela autorise-t-il le médecin à porter, avec M. Briquet, un pronostic fâcheux lorsque la pneumonie du sommet affecte un individu dont la constitution est seulement détériorée, et cela en raison de la complication tuberculeuse qu'on doit alors soupçonner? ce serait peut-être s'exposer à avoir trop

(1) *Clini. méd.*, t. III, p. 527.

(2) *Archives*, t. IX, p. 30, 3e série.

souvent des craintes exagérées ou mal fondées. Une constitution chétive rend par elle-même le pronostic plus grave, et cela indépendamment de toute complication, mais pour soupçonner la présence des tubercules, il faut qu'il y ait d'autres circonstances puisées dans l'état actuel ou les antécédens.

M. Briquet a encore émis une opinion assez étrange, et qui se trouve en opposition aussi bien avec la théorie qu'avec l'observation clinique ; ce médecin dit (1) en effet, que l'étendue de la pneumonie ne lui paraît pas avoir une influence bien grande sur l'issue de la maladie. Pour le prouver, l'auteur a réuni les quantités de poumon malade sur les sujets qui ont guéri et chez ceux qui sont morts ; il a vu que chez les premiers, l'inflammation occupait, terme moyen, les deux cinquièmes du poumon, tandis que chez les autres, elle n'était étendue que d'un dixième en sus, différence qui ne paraît pas assez considérable pour constituer le danger de la maladie. M. Briquet n'a émis une semblable opinion que parce qu'il a accordé trop de confiance à l'auscultation; il a cru pouvoir, par ce mode d'exploration, limiter exactement les pneumonies, et en calculer l'étendue avec précision ; mais j'ai déjà dit que l'auscultation et la percussion ne nous faisaient guère connaître que l'*étendue en surface* de l'inflammation, et qu'elles ne nous donnaient que des indications douteuses ou tout à fait nulles pour apprécier la profondeur à laquelle pénètre l'altération; aussi il n'est pas râre de voir des phénomènes stéthoscopiques limités à un très petit espace, coïncider avec des phénomènes sympathiques fort graves, et si la mort survient, on trouve que la pneumonie s'étend beaucoup plus profondément qu'on ne l'avait supposé. D'autres fois avec des phènomènes stéthoscopiques très étendus qui occupent, par exemple, presque toute la partie postérieure d'un des poumons, il n'y a qu'une fièvre et une dyspnée médiocres, le facies est à peine altéré, les forces sont conservées, circonstances qui indiquent que dans ce cas la pneumonie n'occupe, si je puis m'exprimer ainsi, que l'écorce du poumon, sans s'étendre en profondeur. Par conséquent j'établis que les phénomènes fournis par la percussion et l'auscultation ne devront entrer comme élément dans le pronostic

(1) *Arch.*, t. VII, p. 30, 5e série.

qu'autant qu'ils seront en rapport avec les symptômes généraux. Il est vrai de dire pourtant qu'on rencontre quelques cas de pneumonie très circonscrits, et qui se terminent cependant d'une manière funeste, sans que l'autopsie puisse rendre raison de la mort des sujets. Mais ces faits sont exceptionnels ; on ne les observe guère que sous l'influence de certaines constitutions épidémiques, et ils ne sauraient détruire cette proposition générale, savoir que la gravité du pronostic de la pneumonie est en raison directe de l'étendue de la maladie.

§ XIII. *Début de la pneumonie.*

Toutes choses étant égales d'ailleurs, les pneumonies qui sont précédées, pendant un ou plusieurs jours, d'un état de malaise, me paraissent plus graves que celles dont le début brusque surprend l'individu au milieu d'une santé parfaite. J'ai vu en effet que la mortalité des premiers avait été d'un quart environ ; d'ailleurs la durée du malaise ne peut fournir aucune utile indication pour le pronostic.

§ XIII. *Symptômes auxquels on a attribué une valeur pronostique.*

1° *Point de côté.* — Le point de côté considéré sous le rapport de son intensité, de son siége, de sa durée, de sa cessation progressive ou subite, ne peut fournir aucune donnée certaine pour le pronostic de la pneumonie. On sait que les anciens médecins avaient formulé à ce sujet une série de propositions qui n'ont pu soutenir l'analyse des faits. C'est ainsi que lorsque le point de côté est erratique, les malades seraient dans un danger prochain ; il en serait de même si la douleur, d'abord limitée au mamelon ou à la base de la poitrine, venait à se propager vers la clavicule ; enfin la cessation subite du point de côté, la fièvre subsistant, serait un signe de mort, quelque bien d'ailleurs que le malade parût : on sait que c'était là pour les anciens médecins un des signes qui leur faisaient craindre une terminaison par gangrène. Je répète qu'aucune de ces propositions n'est fondée, et qu'on ne peut surtout baser sur aucune d'elles, d'indication pronostique.

2° *Fréquence de la respiration.* — On sait aussi que d'après les doctrines des anciens médecins et d'après Grimaud en particulier (1), la respiration méritait la plus grande attention, comme

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 39.

moyen de pronostic, non-seulement dans les maladies de poitrine, mais encore dans toutes les affections fébriles, dans lesquelles elle indiquerait d'une manière plus précise qu'aucune autre fonction prise à part, l'issue probable de la maladie ; Stoll dit même qu'elle a plus de valeur que le pouls lui-même. Cette opinion a été reproduite récemment, et l'on a même prétendu que le nombre des inspirations donnait la mesure exacte du degré auquel était arrivée la pneumonie (1). Cette proposition est généralement vraie, mais elle compte de si nombreuses exceptions, qu'il serait imprudent d'établir le pronostic d'après cette seule considération. Je rappelle ce que j'ai déjà dit précédemment, que plusieurs de mes malades ont succombé avec une hépatisation de tout un poumon, et cependant ils n'avaient qu'une oppression médiocre, et le nombre de leurs respirations ne dépassait pas vingt-quatre ou trente par minute, tandis qu'il est assez fréquent de voir des malades guérir, après avoir offert plus de quarante-huit ou de cinquante respirations dans le même espace de temps. Pour montrer d'ailleurs la réserve qu'on doit avoir, lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur pronostique de l'accélération des mouvemens respiratoires, je dirai que j'ai choisi cinquante-six malades chez lesquels la pneumonie m'a paru occuper une étendue à peu près égale chez tous (autant du moins qu'il est permis de le juger) ; chez vingt la pneumonie eut une issue funeste ; chez les trente-six autres, elle se termina par la guérison. Ayant comparé le nombre des respirations dans ces deux séries de faits, j'ai vu que chez ceux qui ont guéri, on a compté une moyenne de quarante-deux respirations par minute, tandis que chez ceux qui sont morts, le chiffre ne s'est élevé qu'à quarante-six, différence trop faible pour pouvoir baser sur elle un élément de pronostic. D'ailleurs, chez la moitié des individus qui ont succombé, j'ai vu la respiration perdre de sa fréquence dans le dernier jour de la vie, de telle sorte que le nombre moyen des inspirations qui avait été de quarante-six, est descendu à quarante dans les douze ou vingt-quatre dernières heures. Il faut savoir aussi qu'une foule de circonstances autres que les progrès de la maladie peuvent influer sur le nombre des mouvemens respiratoires, tels que les

(1) J. Pelletan, *Mémoire statistique sur la pneumonie aiguë.* (*Mém. de l'ac. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, pag. 559).

mouvemens, les secousses de la toux, l'air trop échauffé de l'appartement, etc. Disons pourtant que l'orthopnée, que la respiration inégale, entrecoupée, sont des symptômes qui sont toujours d'un fâcheux augure.

3° *Pouls.* — Ce que je viens de dire de la fréquence de la respiration s'applique également à celle du pouls. Celui-ci ne fournit le plus souvent que des données incertaines pour établir le pronostic.

Ainsi au début de la pneumonie, les considérations de force ou de faiblesse du pouls pourront être d'une grande utilité pour déterminer quelle est la méthode de traitement la plus avantageuse ; mais on ne pourra en tirer aucune induction sur l'issue de la maladie. Il en sera à peu près de même de la fréquence du pouls, lorsque celle-ci ne dépassera pas 112 ou même 120 pulsations ; mais au delà de ce nombre, le médecin devra avoir quelques craintes sur la terminaison de la maladie, puisque j'ai calculé qu'un tiers environ des malades, dont le pouls battait de 120 à 126 ou 130 succombèrent, et que chez ceux qui offrent de 130 à 140 pulsations par minute, la mortalité a été de moitié ; je n'ai vu guérir aucun de ceux dont le nombre des battemens artériels a dépassé 150. L'irrégularité, l'inégalité, l'intermittence du pouls doivent toujours aggraver le pronostic, lorsque ces phénomènes coïncident avec une accélération assez considérable de la respiration ; mais on doit avoir peu d'inquiétude sur les irrégularités que le pouls présente lorsque les autres symptômes indiquent un amendement dans la pneumonie; en effet, sur six malades presque tous âgés, chez lesquels des intermittences ont été notées dans les circonstances que j'indique, aucun d'eux n'a succombé.

4° *Lypothymies, syncopes.* — Les lypothymies, les syncopes *spontanées*, ou bien celles qui surviennent pendant les courts instans que le malade est maintenu à son séant pour pratiquer l'exploration de la poitrine, me paraissent être des symptômes excessivement fâcheux, puisque les quatre malades chez lesquels je les ai observés ont tous succombé. Hildenbrand (1), frappé par la disposition qu'a le sang dans la pneumonie et dans plusieurs autres maladies à se coaguler, redoutait beaucoup les

(1) *Méd. prat.*, t. I^er, p. 191.

défaillances, parce qu'il pensait qu'elles pouvaient produire des concrétions fibrineuses ou polypeuses dans le cœur et les gros vaisseaux; ce qu'il a vérifié pour de nombreuses nécropsies. Je ne dis pas que de pareilles craintes soient tout à fait puériles, toutefois je n'ai encore rien vu qui fût capable de les justifier ; en effet, chez trois des individus qui eurent des syncopes, et dont l'état du cœur fut décrit avec soin ; je ne trouvai que quelques caillots noirâtres ou à peine décolorés, libres d'adhérences, et dont la formation était évidemment toute récente. Si je regarde les défaillances et les syncopes spontanées comme étant d'un fâcheux augure, c'est parce que ce symptôme indique une atteinte profonde portée aux forces vitales.

5° *Inspection du sang.* — Quelques auteurs ont beaucoup insisté sur l'aspect que présentait le sang tiré de la veine pour établir quelle sera l'issue probable de la pneumonie, et pour déterminer aussi si on peut insister encore sur les évacuations sanguines. Ainsi, suivant Baglivi (1) « c'est un mauvais signe, lorsque dans la pleurésie et la péripneumonie, il ne se forme pas de couenne à la surface du sang qu'on tire de la veine ; c'est un bon signe, au contraire, si elle commence à paraître à la seconde saignée; mais si elle ne paraît pas à la seconde saignée, qu'on se garde bien d'en faire une troisième, ce serait donner la mort au malade. » Ce pronostic terrible que Lancisi avait déjà établi , paraît aussi avoir été confirmé plus tard par la pratique d'Huxham (2). Les résultats que j'ai obtenus, ceux de M. Louis, et dont j'ai déjà rendu compte (page 259), sembleraient également prouver que l'absence de la couenne sur le sang, peut être un élément de pronostic dans la pneumonie, puisque nous avons dit que cette couenne avait manqué deux fois plus souvent chez les sujets qui succombèrent, que chez ceux qui guérirent ; cependant avant de me prononcer positivement sur l'importance de ces faits, il faudrait que je pusse affirmer que la non-formation de la couenne a été indépendante de toutes les circonstances extérieures qui influent sur elle, et surtout de la manière dont le sang a coulé ; or c'est ce qu'il m'est impossible de dire.

Quant au plus ou moins de consistance du caillot, à sa colora-

(1) *Cap. de pleuritide.*
(2) *Essai sur les fièv.* p. 230.

tion plus ou moins rouge, à la quantité plus ou moins considérable du sérum, on ne peut baser aucune règle fixe de pronostic ou d'indications thérapeutiques. Les *Présomptions* que peut donner l'inspection du sang, ne pourront avoir quelque valeur, qu'autant qu'elles ne seront pas détruites par d'autres signes plus importans. Par exemple, le sang tiré de la veine fût-il aussi diffluent que possible, si le sujet était vigoureux, le pouls ferme, résistant, il est évident que les qualités du sang ne devraient pas empêcher de recourir à de nouvelles évacuations sanguines. Si, au contraire, un caillot dense et couenneux se remarquait en même temps qu'une grande prostration et une grande faiblesse du pouls, on devrait pour la déterminaison du traitement ultérieur, avoir bien plus d'égard à ces dernières circonstances, qu'aux indications qui semblent résulter de l'inspection des qualités du sang.

En résumé, je crois qu'il faut examiner le sang ; que les qualités de ce fluide doivent entrer en ligne de compte pour établir le pronostic et le traitement de la pneumonie ; mais il faut se rappeler que l'inspection du sang ne peut fournir que des signes très *accessoires;* ils ne peuvent donc pas avoir une *valeur absolue* comme le croyaient les anciens, mais ils doivent toujours être contrôlés par des signes plus positifs.

6° *Expectoration.* Les crachats fournissent parfois des signes d'une grande valeur pour le pronostic de la pneumonie. Il paraît que c'est surtout d'après les caractères de l'expectoration que les anciens médecins portaient un jugement favorable ou fâcheux sur l'issue de la maladie ; ainsi Hippocrate avait à ce sujet posé quelques préceptes qui furent suivis et répétés presque jusqu'à nos jours, par les médecins de toutes les époques. Cependant, l'observation clinique aurait dû démontrer facilement que plusieurs des opinions émises par le père de la médecine et par ses successeurs, étaient en opposition avec les faits. C'est ainsi qu'Hippocrate signale comme *mauvais*, *les crachats sanguinolens*; il porte le même jugement *sur les crachats jaunes*, *tout purs* (1), tandis que Lieutaud redoutait ceux qui présentaient un mélange de plusieurs couleurs à la fois (2). Je crois inutile de

(1) *Coact. prænot.*

(2) *Précis de méd. prat.* Paris, 1781, t. I, *p.* 545, in-8°.

réfuter longuement ces assertions; je regarde les crachats jaunes homogènes et les crachats sanguinolens, comme n'ayant qu'une valeur *diagnostique,* mais je les crois complétement *nuls* pour le pronostic. Il en est de même de ces crachats blancs, striés de sang, qu'on peut observer à la suite des quintes de toux un peu fortes, et que Grimaud (1) regardait comme étant d'un heureux présage, lorsqu'il les observait au début de la maladie, parce que, suivant ce médecin célèbre, cette évacuation sanguine locale tendait puissamment à diminuer la congestion du côté des poumons.

Hippocrate a également signalé les crachats verts comme étant un fort mauvais signe dans la pneumonie. Cette opinion est probablement fondée; car sur 15 malades chez lesquels j'ai noté une expectoration verdâtre, 4 ont succombé. Toutefois, je déclare que je ne suis pas encore suffisamment éclairé sur la valeur pronostique des crachats verts; je crois que de nouveaux faits plus nombreux sont nécessaires pour l'établir d'une manière positive.

Il n'en est pas de même des crachats que j'ai nommés jus de réglisse et de pruneaux; tout le monde, les médecins anciens comme les modernes, sont à peu près unanimes pour les regarder comme étant du plus fâcheux présage; ce qui n'étonne point, puisque nous avons dit plus haut que cette expectoration indiquait le *plus souvent* l'existence de l'hépatisation grise. J'ai vu succomber sans exception tous les malades qui eurent même momentanément une expectoration noire. Celle-ci fut aussi toujours un signe de mort prochaine dans la pneumonie épidémique qui régna à Aumale pendant 4 mois de l'année 1756 (2). M. le professeur Chomel pense également que, lorsque dans le cours de la pneumonie, les malades rendent des crachats jus de réglisse ou de pruneaux, la maladie doit se *terminer constamment par la mort, lors même qu'elle offrirait sous tous les autres rapports, une bénignité apparente* (3). Quelque respect que je professe pour les opinions d'un maître aussi habile, je ne puis

(1) *Traité des fièv.*, t. II, p. 37.

(2) Marteau de Grandvilliers. *Journ. de Vandermonde*, t. VI, p. 459.

(3) *Pathol. génér.* 3e édit, Paris, 1841. p. 540.

cependant adopter pleinement la proposition qui précède. Les crachats noirs constituent certainement un signe des plus fâcheux, mais ils ne sont pas le signe d'une mort inévitable, puisque sur 9 malades observés par M. Andral, et qui présentèrent cette expectoration, 2 guérirent, et dans un de ces cas même, la pneumonie très bénigne ne paraît pas avoir dépassé le premier degré. Je crois en outre que, malgré l'existence des crachats séreux, noirâtres, si les autres phénomènes locaux, et surtout si les symptômes généraux sont bénins, il faudrait espérer une solution heureuse de la maladie, nonobstant les qualités des matières expectorées.

Les médecins hippocratiques regardant l'expectoration comme la crise naturelle et presque nécessaire de la pneumonie, avaient dû considérer l'absence des crachats, ou leur suppression, comme un des signes les plus funestes ; aussi tous les efforts de leur thérapeutique semblaient dirigés pour provoquer l'expectoration ou la rétablir dans les cas où elle s'était supprimée. Je crois que pour être fixé sur la valeur pronostique de l'absence des crachats dans la pneumonie, il faut distinguer avec soin les cas où la pneumonie est *sèche* pendant toute sa durée, c'est-à-dire les cas où il n'y a aucune sécrétion appréciable dans les bronches ou les vésicules pulmonaires, et ceux au contraire où cette sécrétion s'étant établie, et ayant continué à se faire pendant quelque temps, se supprime ensuite brusquement, sans que les autres symptômes de la pneumonie se soient amendés.

Lorsque l'expectoration ne s'établit point dans le cours d'une pneumonie, celle-ci ne me paraît pas devoir être considérée, à raison de cette circonstance, comme offrant plus de gravité, puisque sur 14 malades chez lesquels toute espèce d'expectoration rouillée ou catarrhale a complétement manqué pendant tout le cours de la maladie, un seul a succombé. P. et J. Frank ont également observé plusieurs pneumonies terminées par résolution, bien qu'il n'y ait eu d'expectoration à aucune époque (1). Les résultats que j'ai obtenus sont confirmés par la pratique de M. Andral ; ce professeur dit en effet (2) que les pneumonies qui

(1) *J. P. Frank. Loc cit.*, p. 149, *et J. Frank*, p. 363.
(2) *Clinique*, T. III p. 528.

ne sont accompagnées d'aucune expectoration, pendant toute leur durée, ne lui ont pas paru être plus graves que les autres; mais il n'en est plus de même lorsque l'expectoration, après s'être régulièrement établie, se supprime brusquement, tandis que les symptômes généraux et locaux restent stationnaires, ou continuent à s'accroître. La suppression des crachats dépend alors, tantôt d'un défaut de sécrétion, ce qui se lie presque toujours à une augmentation de la phlegmasie, ou bien les mucosités continuant à être exhalées dans les bronches, ne sont point expulsées; c'est là le cas le plus fâcheux et qui indique le péril le plus prochain; car il se lie généralement à un état de grande prostration des forces. Cette accumulation des mucosités dans les tuyaux aériens, en s'opposant à la libre circulation de l'air, devient aussi une cause d'asphyxie qui accélère la terminaison fatale. On conçoit que si la suppression brusque des crachats coïncidait avec un amendement dans tous les autres symptômes, ce phénomène n'aurait probablement alors aucune importance; dans le cas au contraire où la suppression des crachats arrive à l'époque où la maladie a acquis son maximum d'intensité, il faudrait porter un pronostic très fâcheux; néanmoins, le cas n'est pas désespéré, puisque j'ai vu guérir plusieurs malades. M. Andral rapporte aussi l'observation d'un jeune homme chez lequel l'expectoration se supprima tout d'un coup au huitième jour d'une pneumonie grave, et ne se rétablit plus jusqu'à la terminaison de la maladie; cette suppression coïncida avec une aggravation des symptômes de la pneumonie, laquelle eut cependant une heureuse issue; mais la résolution marcha lentement.

7° *Phénomènes d'auscultation.* — Il est inutile de dire que le souffle bronchique est, sous le rapport du pronostic, un signe plus grave que la crépitation, puisqu'il indique un degré plus avancé de la maladie. La respiration bronchique qui n'existe que pendant le temps de l'expiration, est moins grave que celle qu'on entend surtout pendant l'inspiration, puisque nous avons vu que le souffle qui n'était entendu qu'au second temps de la respiration, indiquait ou que l'hépatisation était encore incomplète, ou bien qu'elle commençait à se résoudre. Lorsque la crépitation a complétement cessé, lorsqu'après avoir existé seule pendant plusieurs jours, la respiration bronchique coexiste avec

des bulles muqueuses rares et disséminées, nous avons vu qu'il y avait peut-être quelque motif de *soupçonner* le passage de la pneumonie au troisième degré, pourvu que ces phénomènes d'auscultation coïncidassent avec une aggravation dans les symptômes généraux. Enfin, je dois rappeler que le souffle tubaire très fort, très rude, peut cesser tout à fait du jour au lendemain et n'être remplacé que par un bruit respiratoire faible ou nul : ces phénomènes, loin d'indiquer la résolution de l'engorgement, peuvent coïncider au contraire souvent avec le troisième degré, il faudra donc encore ici juger de la valeur pronostique des phénomènes d'auscultation par la considération de l'état général des sujets.

8° *Organes digestifs.*—Les organes digestifs ne fournissent aucun signe qui serve au pronostic, à part les cas de complication.

9° *Urine.* —D'après les faits que j'ai exposés précédemment avec quelque détail, on conçoit que l'examen de l'urine puisse souvent éclairer le pronostic de la pneumonie. Toutes les fois en effet que pendant la période aiguë de la maladie, l'urine fournira spontanément un dépôt *abondant*, lorsque surtout traitée par l'acide nitrique, elle se troublera et donnera un précipité, il est à peu près certain que le malade guérira ; mais il convient, avant de se prononcer, de s'assurer de la nature du précipité. Si c'est de l'albumine, si ce produit se montre abondamment et d'une manière continue, l'existence d'une maladie de Brigth étant probable, quand même il n'y aurait pas d'œdème, le pronostic, loin d'être favorable, doit au contraire être plus sérieux. A l'époque où j'étudiais l'état de l'urine dans la pneumonie, j'observai deux malades atteints de cette affection, dont l'urine traitée par l'acide nitrique et la chaleur, fournit un coagulum abondant ; l'absence d'œdème, de douleurs de reins, un état de santé parfaite, dans un cas du moins, ne me firent point soupçonner d'abord que les reins pussent être le siége d'une altération profonde; je regardai en effet cet état de l'urine comme l'indice d'une terminaison heureuse, mais je ne tardai pas à être détrompé, lorsque je vis les symptômes s'aggraver, bien que l'urine continuât à donner de l'albumine ; c'est alors que mon attention fut fixée du côté des reins; et l'autopsie démontra en effet vers ces organes une augmentation de volume avec hypertrophie et

transformation jaune de la substance corticale, ainsi que décoloration de la substance mamelonnée.

§ XV. *Marches et terminaisons.*

Il est presque inutile de dire que le pronostic est favorable lorsqu'on voit les symptômes généraux et locaux diminuer simultanément d'intensité. On devra également espérer une issue favorable de la maladie, lorsque les symptômes généraux se seront amendés tous seuls, lorsque par exemple le pouls aura beaucoup perdu de sa fréquence, la peau de sa chaleur, lorsque le facies ne sera plus altéré et que les forces seront moins prostrées. Dans ces cas, le pronostic devra être favorable, lors même qu'on ne remarquerait encore aucune amélioration dans l'état local. Nous avons même dit précédemment que quelquefois les symptômes généraux pouvaient diminuer, quoique les phénomènes d'auscultation fussent perçus sur une plus grande surface. Aussi j'établis comme une règle, que pour fixer sûrement le pronostic de la pneumonie, le médecin doit d'abord avoir égard à l'état général du sujet, l'état local n'étant presque qu'un élément accessoire pour déterminer l'issue probable qu'aura la maladie. C'est ainsi que le pronostic sera incertain dans les cas où l'auscultation et la percussion indiquant une diminution dans l'engorgement pulmonaire, les symptômes généraux seront restés stationnaires. Le pronostic sera fâcheux si en même temps que les symptômes locaux se sont améliorés, on note une aggravation dans les phénomènes généraux : plusieurs de mes observations particulières justifient ces préceptes.

Ainsi quatre malades présentaient tous les signes physiques d'une pneumonie très grave arrivée partout au deuxième degré; les symptômes généraux étaient en rapport avec la gravité des phénomènes locaux; du dixième au douzième jour, ces derniers parurent s'améliorer, le souffle tubaire diminua ou disparut même complétement, il fut remplacé par un commencement d'expansion pulmonaire, et, quoique la matité fût encore considérable, elle était certainement moins complète que dans les jours précédens ; cependant les symptômes généraux étaient en désaccord avec cet état local ; car le pouls avait conservé sa fréquence, la peau sa chaleur vive et sèche, les traits s'étaient

altérés davantage, et les forces étaient plus prostrées que la veille; aussi n'hésita-t-on point à porter un pronostic très fâcheux. Tous ces malades en effet ont succombé, et l'autopsie a démontré une hépatisation grise d'une portion plus ou moins considérable du poumon; dans deux cas, la perméabilité des vésicules les plus superficielles expliquait le murmure respiratoire qui avait été perçu dans les derniers jours; mais chez les deux autres sujets l'hépatisation était tellement générale qu'il était difficile d'expliquer le phénomène. Ainsi donc, lorsque dans le cours d'une pneumonie, on voit les phénomènes locaux diminuer en même temps que les symptômes généraux augmentent d'intensité, s'il n'y a aucune complication capable d'expliquer cette aggravation, on devra porter un pronostic fâcheux, car il est probable que la maladie passe alors à l'état d'hépatisation grise.

Il est inutile de dire que toutes les fois que l'état général et local fera soupçonner le troisième degré, le pronostic sera excessivement grave.

La présence des abcès pulmonaires aggrave toujours le pronostic de la pneumonie; ils peuvent, en effet, en s'ouvrant dans la plèvre, être la cause du développement d'une maladie grave; tandis que s'il est évacué par les bronches, il peut, s'il a une certaine étendue, épuiser les malades et amener tous les symptômes d'une fièvre hectique.

Il est évident que la gravité sera en raison directe de l'étendue du foyer, et de l'abondance de la suppuration; cependant il peut arriver, comme dans le fait rapporté par M. Robert, que l'expectoration purulente diminue ou cesse pour être remplacée par des crachats simplement muqueux; cependant l'amaigrissement, le dévoiement et les autres symptômes colliquatifs persistant, le pronostic continuera à être grave.

La mort est presque inévitable lorsque la pneumonie se termine par une gangrène même très circonscrite. Cependant comme on possède aujourd'hui quelques cas de gangrène pulmonaire dont l'issue n'a pas été funeste, on ne devrait peut-être pas vouer à une mort inévitable les malades qui présenteraient les signes de cette terminaison. Quant au passage de la pneumonie à l'état chronique, tout fait présumer que ce mode de terminaison de la maladie est très grave.

§ XVI, *Complications.*

Sauf quelques rares exceptions, on peut établir d'une manière générale, que le pronostic de la pneumonie est d'autant plus fâcheux, qu'on voit la maladie se compliquer d'une ou plusieurs autres affections. Ici la gravité du pronostic est proportionnée à la gravité et au nombre des complications qu'on observe.

1° *Du côté des organes respiratoires.* Le catarrhe pulmonaire n'aggrave pas le pronostic de la pneumonie, à moins qu'il ne soit intense et très étendu. Il peut alors constituer la maladie principale, comme on l'observe souvent chez les jeunes sujets qui sont atteints de pneumonie lobulaire.

D'après Laënnec (1), la pleurésie jointe à la pneumonie, n'augmente pas le danger de cette dernière; elle le diminuerait même en modérant l'orgasme inflammatoire par la compression qu'exerce sur le poumon le liquide épanché dans la plèvre. Laënnec ajoute que la pleuropneumonie lui paraît moins dangereuse que la pleurésie ou la péripneumonie simple; mais si on se rappelle que j'ai établi précédemment que l'épanchement pleurétique ne m'a paru ni modérer ni circonscrire l'inflammation pulmonaire, je pense que son existence ne saurait en rien modifier le pronostic de la pneumonie; que celle-ci doit être toujours considérée comme grave du moment qu'elle occupe une grande partie du poumon, quand même on serait certain qu'elle coexiste avec un vaste épanchement pleurétique.

2° *Complications cardiaques.* Je n'ai rien à dire de particulier. Ici le pronostic de la pneumonie est toujours aggravé par l'apparition des symptômes morbides du côté du cœur, du péricarde ou des gros vaisseaux.

3° *Complications cérébrales.* De toutes les complications qu'on observe dans le cours de la pneumonie, le délire est peut-être celle qui doit inspirer les craintes les plus sérieuses sur l'issue de la maladie. En effet, sur les 27 malades qui furent affectés de délire, 8 seulement ont survécu. Mais je ne parle ici que d'un délire plus ou moins continu, et nullement du trouble, qu'éprouvent momentanément les facultés intellectuelles pendant les paroxysmes du soir et de la nuit. Ce n'est là, en effet, qu'un phénomène qui m'a paru n'avoir qu'une médiocre importance,

(1) T. II, p. 552.

et dont la valeur pronostique me semble tout à fait nulle. Il faut également faire la part des idiosyncrasies; car il y a des individus qui délirent, dès qu'ils sont malades ; ainsi je connais une dame nerveuse, qui éprouve un délire assez intense pour peu qu'elle ait de la fièvre. Part ces dispositions individuelles qui enlèvent au phénomène délire, toute son importance pronostique, dans tous les autres cas, ce symptôme indique un danger prochain, quelles que soient sa forme et sa nature. M. Rayer (1) dit avoir vu chez les ivrognes un délire qui avait apparu tout d'un coup céder facilement à l'opium. La chose arrive en effet quelquefois ainsi; mais le délire diminuant ou cessant, la pneumonie n'en continue pas moins sa marche dans la plupart des cas. Toutes choses égales d'ailleurs, le délire qu'on observe chez les ivrognes me paraît moins grave que celui qui affecte les individus sobres, parce que nous possédons des moyens plus efficaces pour le combattre, et qu'il se lie bien moins souvent que le premier à l'existence d'une méningite. Enfin le délire qui persiste pendant la résolution de la pneumonie paraît n'offrir aucune gravité, et dans les cas qu'on connaît jusqu'à présent, il a presque toujours cédé spontanément.

### § XVII. *Formes de la pneumonie.*

Nous avons vu que la pneumonie ne présentait pas toujours les mêmes phénomènes, que quelquefois elle s'accompagnait d'une série de symptômes, qui, en modifiant sa marche, influaient sur son issue favorable ou funeste, et devaient par conséquent modifier le jugement du médecin.

Il est évident que, toutes choses égales d'ailleurs, une pneumonie franchement inflammatoire, dégagée de toute complication, offrira plus de chances de salut au malade qu'une pneumonie qui se complique de quelque élément insolite du côté d'un des organes importans de la vie.

Parmi les formes de pneumonies que j'ai précédemment admises et étudiées en particulier, je signale la forme typhoïde comme étant peut-être la plus grave de toutes. Si on pouvait se fier à l'exactitude du tableau qu'Ozanam a publié sur la mortalité produite par les principales maladies qui ont régné épidémiquement, on voit que la pneumonie maligne a été

(1) *Bul. de l'Ac. de médecine*, Paris, 1840, t. IV, p. 446.

l'une des plus meurtrières, puisque le chiffre de la mortalité aurait été de 70 pour 100 ; c'est-à-dire que la pneumonie typhoïde épidémique aurait été presque aussi souvent fatale que la fièvre jaune et la peste. Cependant je ne pense pas qu'on puisse accepter ces chiffres avec confiance, attendu, comme je l'ai déjà dit, que, sous le titre de pneumonie maligne, les anciens auteurs ont probablement confondu des maladies très diverses. A l'état sporadique, la forme typhoïde est aussi l'une des plus graves; j'ai vu en effet succomber le quart des malades qui en furent affectés.

La pneumonie que l'on a appelée *ataxo adynamique*, est celle qui est le plus souvent suivie d'une issue funeste. Lorsque le délire est violent, lorsque les malades se livrent à des vociférations, à des violences envers les personnes qui les soignent, le péril est extrême.

Dans la forme adynamique, le danger est en rapport avec la prostration des forces; car plus celle-ci est considérable et plus aussi les lésions secondaires sont nombreuses et graves. Quelques-uns des symptômes qui accompagnent parfois la forme adynamique, telles que les selles involontaires, les pétechies, et surtout les escharres, viennent encore ajouter à la gravité du pronostic.

La pneumonie franchement intermittente ne présente aucun péril; il est facile d'en arrêter la marche. La fièvre rémittente pneumonique offre au contraire un danger beaucoup plus grand; toutefois il est bien rare qu'elle emporte les malades dès les premiers accès; cela n'a lieu généralement qu'autant que de nouveaux accidens se déclarent, lorsque par exemple elles viennent à se compliquer des variétés de fièvres pernicieuses auxquelles on a donné les noms de *délirante*, *de comateuse et d'algide*. Il importe, dans tous les cas, d'enrayer leur marche le plus tôt possible, attendu qu'à fur et mesure que les accès se reproduisent, l'altération des poumons devient plus étendue et plus profonde, et se trouve alors moins attaquable par les anti-périodiques. Enfin il est toujours à redouter que la fièvre pneumonique révête une forme plus grave, car elle emporte alors les malades dès le premier ou le deuxième accès.

Je n'ai vu succomber aucun des malades qui furent affectés d'une pneumonie bilieuse simple, et que la guérison fut toujours extrêmement rapide, presque *instantanée* pour

ainsi dire, si le praticien saisissait habilement l'indication évacuante. Mais est-ce-à dire que telle doit être toujours la terminaison de la pneumonie bilieuse ? je ne le crois pas. Il est en effet telle constitution médicale, et les auteurs en rapportent de nombreux exemples où la forme bilieuse, surtout si on ne sait pas saisir à propos l'indication thérapeutique qu'elle réclame, dégénère, se transforme en pneumonie typhoïde ou maligne, comme Stoll, J. Frank et plusieurs autres paraissent l'avoir observé plusieurs fois.

Les pneumonies latentes sont très graves, de l'aveu de tout le monde; mais cette gravité tient moins à la maladie elle-même qu'aux circonstances concomitantes. Ainsi nous avons vu que les pneumonies latentes s'accompagnaient souvent de symptômes graves du côté des centres nerveux, ou d'une prostration excessive, symptômes qui en ont imposé, et fait croire souvent à toute autre maladie qu'à une inflammation pulmonaire. Ces erreurs de diagnostic, le retard apporté à l'application des remèdes convenables, quelquefois même l'emploi d'une méthode de traitement inopportune, sont tout autant de circonstances qui rendent encore le pronostic des pneumonies latentes beaucoup plus graves.

### § XVIII. *Usage des alcooliques au début.*

On sait que dans la classe ouvrière, et souvent aussi dans la classe éclairée, les malades prennent une assez grande quantité de vin chaud aromatisé, ou divers liquides spiritueux ou excitans, dans le but de provoquer une diaphorèse, parce qu'ils sont persuadés pour la plupart, que leur maladie dépend d'une *transpiration arrêtée*, où, comme ils le disent aussi, d'une *sueur rentrée*. Certes, c'est là une pratique imprudente, que la raison aussi bien que la science repoussent, et l'on est tout d'abord tenté de croire qu'elle doit souvent influencer la péripneumonie d'une manière fâcheuse, et amener des résultats désastreux. Mais comme je me suis imposé l'obligation de ne croire et de n'admettre que ce qui se trouve démontré rigoureusement par l'observation, j'ai recueilli des faits, et voici ce qui résulte de l'analyse que j'en ai faite. Quarante-cinq malades ont bu du vin chaud sucré, la plupart n'en

ont pris qu'une ou deux fois ; cinq en ont bu pendant sept, huit, neuf et dix jours de suite; la quantité a varié entre un verre et trois litres. Or, sur ces quarante-cinq malades dont je parle, il n'y a eu que cinq morts, c'est à dire que la mortalité n'a été que d'un neuvième. Je n'en conclus pas pour cela que l'emploi des alcooliques ait été utile ; mais il reste prouvé au moins qu'ils n'ont pas eu les résultats fâcheux qu'on pouvait prévoir; d'ailleurs le chiffre peu considérable de la mortalité s'explique par l'âge des malades dont la majorité ne dépassait pas 32 ans ; enfin, la moitié des individus n'avait qu'une pneumonie d'une moyenne intensité, et que l'usage des spiritueux n'avait pas aggravée.

Il résulte donc de ce qui précède que, lorsqu'un malade atteint de pneumonie nous apprendra qu'il a pris une certaine quantité de vin ou d'eau-de-vie, nous ne devrons pas, en raison de cette circonstance seulement, redouter que la maladie aura plus de gravité chez lui que s'il n'avait pas fait usage d'une boisson stimulante. Il me serait impossible de dire la quantité de vin ou de liqueurs que les malades peuvent ainsi prendre presque impunément, ni le nombre de jours pendant lesquels ils peuvent se livrer à cet écart de régime. De cinq individus qui burent ainsi du vin pendant sept, huit et dix jours, deux succombèrent; mais il serait peut-être injuste d'attribuer ce résultat exclusivement à l'usage du vin pendant cette longue période; il faut plutôt reconnaître ici l'influence qu'a dû exercer l'absence de toute espèce de traitement.

Nous venons de voir que l'usage des liqueurs fermentées au début de la maladie n'a eu aucune influence fâcheuse sur l'issue de la maladie; il ne paraît pas non plus qu'aucun des principaux symptômes ait été sensiblement aggravé. Ainsi, ayant interrogé 16 malades sur l'intensité du point de côté avant l'ingestion du vin et quelque temps après, il ne paraît pas qu'il y ait eu ni augmentation ni diminution dans la douleur; plusieurs fois, lorsque le vin chaud fut bu pendant le frisson, il eut peut-être pour effet de rappeler la chaleur un peu plus tôt ; lorsqu'il fut pris pendant que la fièvre était établie ; il n'a paru l'augmenter que deux fois; mais dans un tiers des cas, le liquide ingéré produisit une diaphorèse plus ou moins abondante ; trois malades ont eu des nausées ou des vomissemens

après avoir bu du vin chaud, et deux éprouvèrent peu après, et pour la première fois, une céphalalgie violente. Enfin, 18 malades interrogés sur l'influence que l'ingestion d'un liquide excitant avait exercée sur le malaise général, 2 seulement prétendaient avoir été soulagés; les autres n'avaient ressenti aucun effet sensible ni en bien ni en mal. On voit en définitive que si on doit blâmer en règle générale l'usage des liqueurs excitantes au début de la pneumonie, c'est moins dans la crainte qu'elles puissent nuire que parce qu'elles sont complètement inutiles.

§ XIX. *Epoque à laquelle le traitement fut commencé.*

Une des causes sans contredit qui rend les pneumonies plus graves dans la classe pauvre que dans la classe aisée de la société, c'est que les premiers négligent trop souvent les symptômes, du début, et ne viennent réclamer les secours de l'art qu'après avoir donné à la maladie tout le temps de s'accroître. On voit, en effet, que toutes choses égales d'ailleurs, le chiffre de la mortalité est d'autant plus considérable que les individus entrent à l'hôpital à une époque plus éloignée du début de la maladie; c'est ce que prouve le tableau suivant :

| | |
|---|---|
| Chez les malades entrés les 2 premiers jours, | mortalité un treizième. |
| Chez ceux entrés le 3e jour, | mortalité un treizième. |
| 4e | huitième. |
| 5e | sixième. |
| 6e | quart. |
| 7e | tiers |
| 8e | moitié. |
| 9e | tiers. |
| 10e | tiers. |

Ce tableau n'a pas besoin d'être commenté; on voit que chez les malades qui entrent dans nos hôpitaux, le pronostic est généralement d'autant plus fâcheux qu'ils viennent réclamer nos secours à une époque plus avancée de leur maladie. Il ne faut pas seulement accuser ici l'absence de tout traitement actif, qui a permis à la maladie de suivre sa marche; mais il faut en outre se rappeler que ces malades de la classe indigente ont été soumis pour la plupart à des conditions hygiéniques plus ou moins fâcheuses; beaucoup ont continué à

travailler ou à marcher dans les premiers jours; plusieurs se sont imposé l'obligation de manger sans en avoir le désir; il en est qui, étant privés de vêtemens suffisans ou habitant des chambres mal closes, ont été exposés pendant plusieurs jours de suite à un froid continuel. Enfin il faut bien aussi faire la part de la fatigue que doivent éprouver de pauvres malades qui sont souvent obligés de se rendre à pied à l'hôpital, de points plus ou moins éloignés, exposés à toutes les intempéries d'un climat perfide, et dont les effets sont d'autant plus funestes que ces malheureux sont plus faibles, et arrivés à une période plus avancée de leur maladie.

§ XX. *Pronostic des Pneumonies secondaires.*

Il n'y a aucune parité à établir pour le pronostic, entre les pneumonies primitives, survenant chez des sujets bien portans et les pneumonies qui attaquent des individus déjà affaiblis depuis un temps plus ou moins long par quelque maladie aiguë ou chronique. Ces dernières, en effet, sont très souvent mortelles.

On conçoit que le pronostic à porter sur les pneumonies secondaires doit varier, non-seulement suivant la nature de la maladie, mais encore suivant l'époque à laquelle elle est parvenue. Il faut encore ici, comme toujours, avoir égard à l'âge des sujets. Les pneumonies secondaires semblent, en effet, beaucoup plus meurtrières chez les enfans que chez les adultes. C'est ainsi que 81 pneumonies qui furent observées en 1837 par MM. Rilliet et Barthez à l'hôpital des enfans, comme complication de maladies très diverses, 77 se sont terminées par la mort (1). Les recherches de MM. Rufz et Gerhard, celles plus récentes de M. Becquerel (2) prouvent encore l'extrême gravité des pneumonies secondaires dans le jeune âge, surtout dans la période qui s'étend de la naissance jusqu'à cinq ans.

Toutes choses égales d'ailleurs, et quel que soit l'âge des sujets, la pneumonie est une affection qui est le plus souvent mortelle, lorsqu'elle survient dans le cours d'une maladie générale, qui paraît s'accompagner d'une infection ou d'une altération

(1) *Loc. cit.*, p. 117.
(2) *Archiv.*, 3e série, t. IV.

primitive ou secondaire du sang. Telles sont les fièvres éruptives, les phlébites, la morve, les typhus, les affections cancéreuses et gangréneuses; la maladie de Bright, et probablement aussi le diabètes, etc. C'est ainsi que sur neuf pneumonies survenues chez des rubéoleux, six fois la maladie s'est terminée d'une manière funeste. Je n'ai observé que quatre pneumonies chez des sujets varioleux et dans tous les cas l'issue a été également fatale. Enfin, il paraît que dans quelques scarlatines épidémiques, et surtout dans l'anasarque consécutive à cet exanthème, les pneumonies intercurrentes sont presque toujours terminées par la mort.

C'est encore chez les enfans qu'on remarque la mortalité la plus forte pour les pneumonies qui sont conséeutives aux fièvres éruptives. Ainsi on lit dans le travail de M. le docteur Becquerel, que sur vingt-un enfans qui furent atteints d'une pneumonie dans le cours ou dans le déclin d'une rougeole, il y en a vingt qui ont succombé. Cette proportion a été incomparablement moins forte dans les autres fièvres éruptives. Je n'ai pas besoin d'insister ici sur la gravité des pneumonies qui affectent les individus atteints de fièvre typhoïde; car pour peu que la maladie ait une certaine étendue, elle sera la cause principale de la mort, ou en accélèrera beaucoup le terme dans les sept-huitièmes au moins des cas.

Je n'ai jamais vu guérir les pneumonies qui sont survenues chez les individus, portant un cancer, et qui étaient arrivés à cette période de cachexie où toute la constitution de l'individu est profondément altérée. J'ai obtenu les mêmes résultats dans les cas de phlébite spontanée ou traumatique. Enfin six malades affectés de maladie de Bright et chez lesquels une pneumonie survint comme complication, succombèrent tous très rapidement à la maladie intercurrente; quatre de ces malades étaient déjà très affaiblis et infiltrés; deux d'entre eux n'avaient jamais eu d'œdème; ils se livraient encore à leurs occupations, un seul avait un peu maigri et pâli depuis deux mois; mais l'urine de l'un et l'autre était fortement albumineuse. M. Rayer a cité également (1) l'observation d'un individu de quarante-six ans, *athlétique*, qui sortit, après un séjour de trois mois à l'hôpital, guéri d'une anasarque, avec urine albumineuse, il avait toutes

(1) *Traité des Mal. des reins*, Paris, 1840, t. II, p. 292, obs. 58

les apparences de la santé. Le lendemain de sa sortie, il fut pris de pneumonie; il rentra dix jours après dans le même service, il était agonisant. On trouva à l'autopsie une hépatisation grise du lobe supérieur du poumon droit; les reins offraient les caractères anatomiques ordinaires d'une maladie de Bright. Ainsi, ce fait et les deux que j'ai recueillis moi-même, devront inspirer des craintes sérieuses sur l'issue d'une pneumonie qui affectera un sujet en apparence bien portant, mais chez lequel on reconnaîtra ou l'on soupçonnera l'existence d'une néphrite albumineuse.

M. Rayer professe les mêmes opinions (1) : pour lui aussi la pneumonie qui survient dans le cours de la maladie de Bright est mortelle dans la plupart des cas. Cette espèce de pneumonie est grave, non-seulement parce qu'elle semble emprunter quelque chose de particulier des conditions dans lesquelles elle se développe, mais encore parce qu'elle est quelquefois méconnue à son début, et que l'état d'épuisement de la constitution rend souvent les saignées inefficaces ou inapplicables.

Les maladies organiques du cœur, lorsquelles ne sont pas encore très avancées, ou ne semblent pas devoir aggraver beaucoup le pronostic des pneumonies intercurrentes. Ainsi, sur 6 individus qui étaient affectés d'hypertrophie ou de rétrécissement des orifices, mais qui pouvaient encore vaquer à leurs occupations, un seul a succombé, mais l'âge du sujet, qui dépassait soixante-dix ans, explique la terminaison de la pneumonie, sans avoir besoin d'invoquer sa coïncidence avec une maladie du cœur. Il n'en est plus de même lorsque la pneumonie survient chez des sujets déjà infiltrés, affaiblis, dont la dyspnée est considérable; dans ces cas en effet la terminaison est presque toujours fatale; car elle a peut-être lieu dix-huit fois sur vingt. La pneumonie qui affecte les aliénés en démence et paralysés, est mortelle dans une proportion peut-être encore plus considérableque celle qui survient à une période avancée des maladies du cœur. Quant à la gravité de la maladie qui affecte les maniaques, il ne paraît pas qu'elle diffère beaucoup de celle des pneumonies ordinaires primitives.

Ce que je viens de dire des maladies du cœur s'applique aux

(1) *Loc. cit.* t. II, p. 295.

cas de phthisie pulmonaire. Il est évident que lorsqu'une pneumonie affecte un pauvre phthisique déjà très affaibli, et qui n'a plus que quelques jours à vivre, l'inflammation intercurrente précipite le terme fatal; mais il n'en est plus de même pour les pneumonies qui surviennent à une époque moins avancée de la phthisie, et pendant que les malades ont encore assez de force pour continuer à se livrer, au moins en partie, à leurs occupations. Ces pneumonies ne sont point graves; car, jusqu'à présent, je n'ai vu succomber aucun des individus au nombre de 10 qui en furent affectés. M. Louis est arrivé aux mêmes conclusions; il dit en effet que la péripneumonie qui survient chez des phthisiques qui ont encore de l'embonpoint et des forces, guérit presque constamment, bien qu'il y ait déjà des excavations tuberculeuses (1). M. Andral (2) a fait la même remarque; il ajoute que la pneumonie des phthisiques semble moins fâcheuse par son danger actuel que par la funeste influence qu'elle exerce sur les tubercules dont elle favorise la multiplication et le ramollissement. Certainement cette crainte n'est pas chimérique; mais j'ai prouvé précédemment que la pneumonie n'avait pas dans la plupart des cas ce résultat fâcheux.

Enfin, dans toutes les autres maladies organiques, la gravité du pronostic sera en raison directe de la durée de la maladie première, de l'affaiblissement qu'elle a produit et de sa nature. On aura aussi égard aux causes qui ont présidé au développement de la pneumonie; si celle-ci est survenue passivement, par l'influence du décubitus, on ne devra presque plus conserver d'espoir. Enfin, si par l'état de faiblesse des malades, ou par le siége qu'occupe l'affection première, il est impossible de recourir à l'un des modes de traitement dont l'expérience a consacré l'usage dans les pneumonies, ce sera encore une nouvelle raison pour rendre le pronostic très fâcheux.

(1) *Recher. sur la phthisie*, p. 243.
(2) *Clin.*, t. III, p, 529.

# CHAPITTE XV.

## TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

Si on a lu avec quelque attention l'histoire symptomatique de la pneumonie que nous avons tracée, on se sera convaincu que la maladie ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. Sans parler des différences que l'âge, la constitution forte ou faible des individus, l'état antérieur de la santé nous ont fait découvrir, on a vu également que sous l'influence des idiosyncrasies, des localités, des constitutions médicales ou de toute autre cause, le plus souvent insaisissable, la pneumonie pouvait se montrer avec une physionomie insolite. L'apparition d'accidens nouveaux, ou bien l'exagération de quelques-uns des symptômes qui sont habituellement peu marqués, et qui dominent les symptômes thoraciques, semblent donner lieu à des affections différentes de celles qui lui ressemblent le plus, et indiquent des changemens quelquefois complets dans la thérapeutique, ou du moins sont le plus souvent la source d'indications nouvelles. Ainsi en n'ayant égard qu'à l'histoire des symptômes de la pneumonie, on est naturellement conduit à croire qu'on ne pourrait opposer à cette maladie une méthode uniforme de traitement. Une pareille opinion n'a pu être soutenue que par quelques empiriques, qui croient trop aisément aux vertus spécifiques de nos agens thérapeutiques, et qui, réduisant la science si difficile des indications, à la connaissance d'une recette ou d'une formule, suivent ensuite leur routine aveugle, préoccupés exclusivement de l'affection locale sans s'inquiéter des conditions individuelles ou extérieures, qui en modifiant la forme de la maladie, indiquent des changemens analogues dans la thérapeutique.

Lorsqu'on consulte l'expérience des grands maîtres dont la science s'honore, et lorsqu'on observe soi-même la nature, on peut se convaincre facilement combien est erronée l'opinion de ceux qui croient qu'il existe un remède pour chaque maladie, et que la saignée est le spécifique de la pneumonie; c'est là, je le

répète, une idée fausse, et si on veut n'être point démenti par l'observation des faits, on doit admettre seulement qu'il y a des agens thérapeutiques qui sont plus spécialement applicables que d'autres au traitement de la pneumonie ; mais il serait dangereux de supposer que la maladie dont je parle réclame nécessairement l'emploi d'une médication quelconque, et à plus forte raison on ne saurait soutenir qu'on doive toujours employer contre elle le même agent thérapeutique, réduit en recette ou exprimé par certaines formules qu'on emploie aveuglément pour tous les sujets. Une pareille manière de procéder exposerait à des mécomptes dans la pratique, même dans les cas de maladies spécifiques contre lesquelles nous posséderions un médicament d'un effet certain. Il en sera à plus forte raison de même dans la pneumonie, à laquelle nous ne pourrons probablement jamais opposer de moyen spécifique, et dont tout le traitement consiste à savoir saisir à propos l'opportunité d'un remède, d'après la considération de toutes les circonstances individuelles ou extérieures qui modifient profondement la forme et le génie des maladies. Ces principes ne sont pas nouveaux ; car ils ont dirigé et ils dirigent encore la conduite de tous les vrais praticiens; la foule ignorante a au contraire toujours donné la préférence aux méthodes exclusives, aux recettes, aux formules, c'est-à-dire, à cette médecine d'empiriques, si simple en vérité, qu'elle est à la portée des plus pauvres intelligences.

Les méthodes de traitement qu'on a conseillées contre la pneumonie sont nombreuses. Les agens thérapeutiques qu'on a mis en usage peuvent être distingués en moyens *essentiels*, immédiatement dirigés contre la maladie elle-même, et en moyens *adjuvants*, destinés à aider l'action des premiers, ou à combattre quelque symptôme isolé. Je tâcherai, à l'aide de la méthode que nous avons suivie jusqu'à présent, à apprécier l'influence des principaux moyens de traitement, relativement à la mortalité, à la marche lente ou rapide de la maladie; et je m'efforcerai de préciser les modifications qu'ils doivent éprouver dans les différents cas individuels qui se présentent dans la pratique. Je n'espère pas résoudre toutes les questions qui se rattachent à ce vaste sujet, mais je tâcherai de présenter au lecteur un résumé, le plus fidèle que je pourrai, des faits que j'ai observés. Si quelquefois j'arrive à des conclusions contraires à celles

de quelques auteurs, j'en rechercherai la cause avec soin en discutant les observations sur lesquelles ils s'appuyent.

## ARTICLE I.

### De la saignée.

Depuis l'origine de l'art, les évacuations sanguines ont été le moyen principal et le plus souvent même unique à l'aide duquel les praticiens de tous les pays ont combattu les maladies aiguës de poitrine, et la pneumonie en particulier. Il n'est peut-être aucune affection contre laquelle les saignées aient été employées aussi largement et à des intervalles aussi rapprochés que dans les inflammations de la plèvre et des poumons. On peut même dire que l'abus que font de ce moyen puissant quelques médecins modernes n'est point une chose nouvelle ; l'histoire de la médecine nous apprend, en effet, qu'à différentes époques on vit les médecins divisés en deux camps, les uns prodiguant la saignée, l'employant à outrance et avec une sorte de fanatisme; les autres, donnant dans un excès contraire, s'efforçaient de la bannir de la thérapeutique ; à peine comptait-on alors quelques esprits sages qui combattirent par leurs écrits et leur pratique les idées exclusives et également erronées de leurs contemporains. Ainsi l'histoire du passé nous apprend que les saignées excessives comme l'expectation n'ont pas produit des succès tellement nombreux, que l'une ou l'autre de ces méthodes ait dû être acceptée d'une manière exclusive par tout le monde. Cette connaissance devait peut-être préserver l'humanité de nouveaux expérimens ; mais par malheur, l'esprit humain profite peu des enseignemens du passé : aussi Bordeu avait-il prédit, il y a bientôt un siècle (1), qu'on verrait encore dans la suite, quelques esprits singuliers, qui, ressuscitant de vieilles erreurs, remettront en vogue, les uns l'usage abusif des saignées, tandis que d'autres voudront les proscrire tout à fait. Bordeu avait raison, car nous sommes arrivés à l'époque que ce grand médecin a prédite. Aujourd'hui en effet, nous voyons des hommes qui, fidèles à la pratique

(1) *Œuvres comp., Recher. sur le pouls, édition de Richerand.* t. I, p. 399.

d'Izès, comme lui saignent à outrance, tandis qu'à côté d'eux et donnant dans un excès contraire, sont quelques médecins assez convaincus de l'inutilité des saignées dans la pneumonie pour s'en abstenir complètement dans le traitement de cette redoutable maladie, en n'employant contre elle que l'expectation. Des idées si exclusives, des opinions si opposées dans la thérapeutique d'une maladie bien connue, bien déterminée, comme l'est la pneumonie, sont assurément déplorables ; car ces contradictions dans la pratique sont une des armes les plus puissantes dont se servent nos détracteurs pour contester à notre belle science toute espèce de certitude ; mais qu'on cesse donc enfin de reprocher à la médecine ce qui ne dépend que des erreurs des médecins systématiques.

Pour contribuer pour ma faible part à préserver nos successeurs de cette sorte d'anarchie qui se reproduit ainsi périodiquement, je vais exposer ce que, dans mon opinion, nous pouvons espérer de l'emploi des saignées dans le traitement de la pneumonie. Je rechercherai d'abord si les saignées sont utiles et méritent la préférence sur l'expectation, et si je réponds affirmativement, nous verrons si on peut saigner indifféremment, dans tous les cas de pneumonie, à toutes les périodes et à tous les degrés; je déterminerai ensuite comment et où il faut saigner, je dirai jusqu'à quel point on peut déterminer d'avance le nombre de saignées à pratiquer et la quantité de sang qu'il faut extraire; enfin j'exposerai les effets immédiats que les émissions sanguines ont eus non-seulement sur la marche et l'issue de la pneumonie, mais encore sur la durée des principaux symptômes. C'est seulement après cet exposé complet qu'on pourra avoir une idée de la valeur du traitement des pneumonies par les émissions sanguines.

§ I. *Les saignées sont-elles utiles dans le traitement de la pneumonie?*

En d'autres termes : une pneumonie étant donnée est-il préférable de saigner le malade ou d'abandonner l'affection aux seules forces de la nature? Une pareille question doit paraître étrange à beaucoup de personnes ; cependant on ne peut contester que, pour apprécier d'une manière tout à fait rigoureuse, la valeur des diverses méthodes thérapeutiques qu'on a préconisées contre les pneumonies, il serait indispensable qu'on

connût exactement quelle est la marche, la durée et la terminaison la plus fréquente de cette même affection lorsqu'on n'emploie contre elle qu'une médecine purement expectante; mais le terme de comparaison nous manque. Biett avait pendant une année entière traité les pneumonies qui arrivaient dans ses salles par les boissons émollientes et les cataplasmes, et il paraît que sa mortalité fut très peu considérable; on sait aussi que de nos jours encore, M. Magendie n'emploie guère d'autre traitement contre les inflammations pulmonaires; mais on conçoit que, pour se prononcer en connaissance de cause dans une question aussi grave, il faudrait posséder un grand nombre de faits recueillis pendant plusieurs années, dans diverses saisons et dans des pays différens, afin que toutes les influences de climats et de constitution médicale étant détruites ou contrebalancées, on pût mieux apprécier la part qui revient à la médication. Cependant je n'ai jamais songé à me livrer moi-même à des essais qui pourraient être dangereux, et je ne conseillerai même jamais à qui que ce soit de les tenter. Les expériences faites par nos devanciers me suffisent; j'ai en outre la conviction intime que certains traitemens, plus ou moins actifs, sont avantageux, soit pour abréger la durée de la pneumonie, soit pour en modifier la marche, soit enfin dans les cas où l'issue est funeste, pour amender quelques-uns des symptômes et rendre ainsi moins pénibles les derniers instans de la vie. Mais puisqu'il est des médecins assez convaincus de l'inutilité des saignées et de l'émétique à haute dose, pour vouloir abandonner les malades atteints de pneumonie aux seules forces de la nature, je ne saurais trop les engager à recueillir indistinctement tous les faits qu'ils observeront, et quelque soit le résultat de leur pratique, ils doivent en faire loyalement confidence au public médical. En attendant que ces documens nous soient présentés, je crois qu'il ne sera pas sans intérêt pour le lecteur que je lui donne dès à présent une analyse de quelques faits sur la marche et la durée des principaux symptômes des pneumonies bénignes abandonnées à elles-mêmes.

Pendant l'année 1840 j'ai recueilli chez des sujets jeunes pour la plupart, et dont un seul avait atteint 56 ans, onze observations de pneumonies peu étendues, dont les symptômes généraux étaient assez bénins pour que j'aie cru pouvoir sans danger les

abandonner tout à fait à elles-mêmes, ou du moins les malades ne furent soumis à aucun traitement actif; je leur prescrivis le repos au lit et la diète, l'usage de quelques boissons pectorales, et rarement l'administration d'un laxatif doux tel que l'huile de ricin. Les malades qui étaient entrés à l'hôpital, terme moyen, vers le quatrième jour, à dater du début des premiers accidens, étaient tous affectés d'une pneumonie parfaitement caractérisée par les phénomènes d'auscultation et par les crachats; chez neuf la maladie était arrivée à l'hépatisation rouge, tandis que chez deux elle n'avait pas encore dépassé le premier degré, qu'elle n'a même jamais franchi.

Si nous cherchons à déterminer quelle a été exactement la durée des crachats caractéristiques, de la douleur de côté, de la fièvre et des phénomènes d'auscultation chez ces onze sujets, voici ce qu'on trouve: 1° les crachats sont restés caractéristiques, ils ont présenté la couleur rouille ou jaune, terme moyen, jusqu'au neuvième jour (bien près de dix) de la maladie; 2° le point de côté a persisté plus longtemps encore; quoiqu'il se fût amendé plus ou moins au bout de quatre à cinq jours, il n'a pourtant jamais cédé avant la fin du septième, et plusieurs fois il s'est prolongé jusqu'au vingtième, vingt-cinquième ou vingt-septième jour; il a eu une durée moyenne de quinze jours. Chez quatre individus, je fus forcé à cause de la persistance de ce symptôme, même après la cessation de la fièvre, de recourir à l'application de deux ou trois ventouses sacrifiées qui l'enlevèrent chez trois, tandis que chez le quatrième la douleur ne céda qu'à un vésicatoire, dont la suppuration fut entretenue pendant trois ou quatre jours; 3° le mouvement fébrile qui d'ailleurs ne fut jamais très considérable n'a guère cessé que vers le dixième jour; 4° enfin les phénomènes d'auscultation n'ont commencé à décroître qu'à la fin du deuxième septénaire, c'est-à-dire quatre ou cinq jours après la cessation de la fievre, et ils ont d'ailleurs persisté encore à divers degrés jusqu'au vingt-deuxième ou trentième jour, époque à laquelle le poumon parut avoir repris toute sa perméabilité. Le commencement de la convalescence de ces malades peut être fixé au onzième ou douzième jour, car c'est alors que la fièvre ayant complétement cessé depuis 24 ou 48 heures, je pus commencer à leur accorder des potages ou quelques alimens solides.

Il résulte de l'analyse de ces observations que dans les pneumonies bénignes traitées par les émolliens, les symptômes locaux de la maladie et la douleur surtout, ont une durée très longue, et qui n'est nullement en rapport avec l'intensité de la fièvre et l'étendue de la maladie. Une circonstance également remarquable, c'est la lenteur avec laquelle s'est résolu l'engorgement pulmonaire, quoiqu'il ne s'étendît certainement pas à une grande profondeur : on aura remarqué en effet qu'il y a eu un intervalle de quatre jours environ entre la *cessation complète* du mouvement fébrile et l'instant où les phénomènes d'auscultation ont *commencé à décroître*. Enfin on peut dire en définitive que la maladie a eu une durée assez longue, eu égard au peu de gravité des symptômes généraux et locaux.

Ces faits ne semblent donc pas favorables à l'emploi de la médecine expectante dans le traitement de la pneumonie. Quoique aucun de mes malades n'ait succombé, il est inutile de dire que je n'attribue point cet heureux résultat à ce que je n'ai employé contre leur affection aucun moyen actif, mais je me l'explique plus naturellement par la bénignité des symptômes. Dans les observations que je viens d'analyser, on voit de ces faits qui guérissent, quels que soient les moyens qu'on leur oppose; ils sont donc favorables à toutes les méthodes, et par conséquent ne sauraient prouver l'efficacité d'aucune d'elles (1).

Je vais maintenant comparer aux faits que je viens d'examiner, une série de treize observations de pneumonies également bénignes, dont quatre seulement n'avaient pas encore dépassé le premier degré, observées comme les précédentes chez des sujets encore jeunes et chez lesquels, nonobstant le peu de gravité des symptômes on opposa à la maladie un traitement actif. C'est ainsi que chez tous on eut recours à une ou deux saignées générales ou locales, pratiquées du premier au sixième

(1) Je n'ai point compris le malade chez lequel la pneumonie passa à l'état chronique, car bien que cet individu n'ait pas été saigné, cependant il ne peut être assimilé aux autres malades; il s'est traité chez lui, s'est levé, s'est exposé chaque jour au froid, a bu beaucoup de vin, et n'est entré à l'hôpital qu'à une époque où les antiphlogistiques n'étaient plus indiqués.

jour, terme moyen vers le quatrième à dater du début. Ces évacuations sanguines n'étaient indispensables chez aucun des sujets, on aurait pu certainement s'en dispenser et abandonner la maladie à elle même; mais on tira du sang dans l'intention de diminuer le point de côté et la fièvre, et d'abréger peut-être la durée totale de la maladie; voyons si ce but fut atteint. 1° Les crachats cessèrent d'être caractéristiques un peu avant la fin du sixième jour de la maladie, c'est-à-dire environ quarante-huit heures après l'emploi des évacuations sanguines; 2° la douleur de côté, qui fut très poignante chez plusieurs malades, fut constamment amoindrie par la saignée générale ou locale, et ce symptôme disparut complétement et sans retour du deuxième au douzième jour, ou en moyenne vers le huitième; 3° le mouvement fébrile s'était éteint tout à fait à la fin du septième jour, et l'on peut dater de ce moment le commencement de la convalescence qui était complète vingt-quatre heures après. 4° Enfin les phénomènes d'auscultation diminuèrent en même temps que la fièvre cessait, c'est à-dire au septième jour; et chez dix sujets dont la poitrine fut explorée avec soin jusqu'à l'époque de leur sortie, le poumon avait repris toute sa perméabilité, terme moyen au douzième jour.

Je sais toute la réserve avec laquelle il faut tirer des conclusions générales de faits qui sont peu nombreux; cependant je pense que les observations dont je viens de présenter une analyse, sont d'une grande valeur, et devront porter les praticiens à saigner une ou deux fois dans ces cas de pneumonies bénignes, qui, selon toutes les probabilités, guériraient par le traitement émollient. Ces évacuations sanguines sont faites dans le but d'abréger la durée de chacun des principaux symptômes de la maladie, de manière à accélérer en définitive le moment de la convalescence, d'ailleurs le médecin ne doit jamais oublier qu'il y a un certain nombre de pneumonies qui commencent d'une manière insidieuse; à leur début, les symptômes ont une bénignité telle que tout doit faire supposer une heureuse et rapide terminaison; cependant au bout de quelques jours d'un état sans gravité, on voit succéder rapidement et sans cause, des symptômes fâcheux, qu'on aurait peut-être prévenus si on n'eût pas négligé la maladie dès son principe. Ainsi j'établis en règle générale, et comme principe de traitement,

que l'existence d'une pneumonie une fois constatée, et quelle que soit la bénignité apparente des symptômes caractéristiques, la prudence exige que les malades soient soumis de suite à un traitement plus énergique que ne semblerait le comporter l'état général et local. Il faut pratiquer une saignée du bras, ou si la douleur prédomine sur la fièvre, avoir recours à une application de ventouse ou de sangsues, quelquefois on combinera ces deux modes d'évacuation sanguine; mais il est rare qu'on doive y revenir de nouveau, à moins pourtant que d'autres accidens se déclarent.

Les deux séries de faits que je viens d'analyser ne prouvent rien relativement à l'influence que les saignées et la médecine expectante exercent sur la terminaison des pneumonies, car pour apprécier cette influence, il faudrait, posséder un certain nombre d'observations de pneumonies graves, contre lesquelles on n'aurait opposé qu'un traitement émollient pendant toute sa durée. J'ai dit précédemment que ma conscience m'a empêché de faire un pareil expériment. Quelques amis ont eu l'obligeance de me communiquer trois observations de pneumonies très graves et qui furent abandonnées à elles-mêmes; un seul malade a succombé, mais on conçoit qu'il est impossible de rien conclure d'un nombre de faits aussi restreint.

Il est une circonstance dont j'ai parlé précédemment à l'article pronostic, et qui semblerait indiquer que les pneumonies abandonnées à elles-mêmes, ou ce qui revient au même, que les pneumonies traitées par les émolliens seuls, devraient se terminer par la mort beaucoup plus fréquemment que celles auxquelles on oppose un traitement antiphlogistique. Nous avons vu en effet, que la mortalité était d'autant plus considérable que les individus avaient réclamé plus tard les secours de la médecine; toutefois on ne peut tirer que des présomptions de cette circonstance, attendu que la plupart de ces malades ont été placés dans des conditions plus ou moins défavorables; ils ont souvent commis des écarts de régime, n'ont pu être suffisamment protégés contre les intempéries de l'air; on conçoit donc qu'il n'y a aucune parité à établir entre ces individus et ceux qui, dès le début de leur affection, auraient pu reposer dans un bon lit, au milieu d'une température douce et uniforme, qui auraient été

soumis à une diète absolue et à l'usage de boissons douces. Mais je le redis encore, quelqu'intéressant qu'il fût pour la science de connaître les résultats qu'on obtiendrait en suivant ce mode de traitement dans les pneumonies graves, je ne conseillerai à personne de le tenter; car beaucoup de nos devanciers l'ont fait et n'ont pu prouver qu'il fût avantageux d'y soumettre les malades.

§ II. *Doit-on saigner dans toutes les pneumonies.*

Suffit-il d'avoir diagnostiqué l'existence d'une pneumonie pour être autorisé à pratiquer une ou plusieurs évacuations sanguines? Les médecins systématiques, ceux qui, au lieu de voir dans la saignée un moyen souvent efficace, le considèrent au contraire comme un spécifique qu'ils comparent au quinquina dans les fièvres périodiques, ceux-là saignent toujours et souvent sans mesure, aussi bien dans les pneumonies inflammatoires qui surviennent chez des sujets bien portans que dans les pneumonies secondaires qui se déclarent chez des sujets épuisés par quelque maladie chronique. Cependant, les bons praticiens de toutes les époques avaient reconnu que dans un grand nombre de pneumonies, les évacuations sanguines ne pouvaient être conseillées sans péril et sans aggraver tous les symptômes, quelque peu abondantes qu'elles fussent d'ailleurs.

Il s'est trouvé à toutes les époques des médecins qui ont proscrit l'usage de la saignée d'une manière absolue dans le traitement des pneumonies de l'enfance et des vieillards. Il paraît que Pinel, après plusieurs tentatives infructueuses, y avait presque entièrement renoncé chez les septuagénaires de la Salpêtrière. On a craint, en effet, en tirant même une petite quantité de sang, chez les individus placés aux deux extrêmes de la vie, de produire un état de prostration et de collapsus, dont il serait impossible de les relever ensuite. Toutefois, ces craintes sont évidemment exagérées. L'âge des malades ne peut être une contre-indication absolue contre l'emploi de la saignée; mais cette considération doit engager le médecin à moins les prodiguer. Les praticiens qui ont écrit le plus récemment sur la pathologie de l'enfance, et en particulier, Dugès, Billard, MM. Valleix, Guersant, Rilliet et Barthez, s'accordent tous à reconnaître que

les saignées générales ou locales peuvent être d'une grande utilité dans les pneumonies qui affectent les enfans, depuis la naissance jusqu'à la quinzième année. Il en est de même chez les vieillards; Morgagni a lui-même tiré du sang à des nonagénaires (1), et sur dix sujets dont j'ai recueilli l'histoire qui avaient dépassé soixante-dix ans, il n'y en a qu'un seul chez lequel l'état des forces n'ait pas permis de recourir aux émissions sanguines.

Une constitution détériorée par la misère, par la mauvaise nourriture, le chagrin, les excès, ou des maladies anté rieures, peut contre-indiquer formellement l'usage de la saignée et surtout des saignées générales. J'ai eu occasion d'observer 6 individus placés dans les conditions précédentes, chez lesquels l'ouverture de la veine s'accompagna d'une aggravation de symptômes et se compliqua d'un état de prostration qui augmenta à mesure que l'on réitérait les pertes de sang. La maladie eut une issue funeste chez 5, tandis que, sur un nombre égal de malades également épuisés par les mêmes causes que précédemment, et chez lesquels on s'abstint complétement de toute évacuation sanguine, ou qui n'eurent que 2, 3 ou 4 ventouses scarifiées, la mort n'eut lieu que chez 2 d'entre eux. Ainsi chez les sujets amaigris ou étiolés dont toutes les fonctions sont dans un état de langueur, pour peu que le pouls soit mou et dépressible, il sera prudent d'adopter un autre traitement que celui des saignées ou, si l'on veut tenter l'effet de ces dernières, il est préférable de commencer par une saignée locale et spécialement par les ventouses, afin de pouvoir apprécier et même mesurer plus exactement la quantité de sang que l'on retire.

Il est quelques espèces de pneumonies qui sont absolument incompatibles avec la saignée. C'est ce qu'on a observé particulièrement pendant certaines constitutions épidémiques, comme Sydenham paraît l'avoir remarqué plusieurs fois (3), Huxham a fait la même observation pour les pneumonies qui régnèrent épidémiquement sur la fin de 1745 et au commencement de 1746; il vit, en effet, dès la seconde et souvent

(1) 20e *lettre*, § 22.

(2) *Toux épidémique de l'an* 1675.

(3) *Essai sur les fièvres*, p. 229.

dès la première saignée, le pouls et les forces des malades diminuer à un point étonnant, et bientôt apparaissaient les symptômes adynamiques ou ataxiques les plus graves. J'ai remarqué ces mêmes accidents chez quelques individus pendant la dernière épidémie de grippe qui a régné à Paris; d'autres médecins, et en particulier M. Nonat, ont rapporté plusieurs faits semblables recueillis à l'Hôtel-Dieu.

A part quelques rares exceptions, je pense que les saignées générales sont presque toujours nuisibles dans les pneumonies secondaires qui surviennent à tous les âges : c'est ainsi qu'il résulte d'une série assez considérable de faits analysés par M. Becquerel, que chez les enfants, les émissions sanguines générales ou locales eurent pour résultat de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale de la maladie. Chez l'adulte, j'ai vu les mêmes effets avoir lieu dans les pneumonies qui survenaient chez des sujets atteints de fièvre typhoïde, d'affections cancéreuses et de maladie de Bright. Je me contente pour le moment d'énoncer ces faits seulement, me proposant d'y revenir plus tard avec plus de détails, lorsque j'essaierai de déterminer quel est le traitement qu'il faut opposer aux pneumonies qui se déclarent dans le cours des autres maladies.

Je dois examiner ici la valeur de quelques opinions généralement accrédites, et qui font que souvent on n'ose pas pratiquer une saignée, ou qu'on ne la fait que timidement; tandis que d'autres fois on la remet à une époque plus ou moins éloignée, et qu'on perd ainsi quelques chances de la faire plus utilement pour les malades.

Beaucoup de personnes regardent l'apparition prochaine des règles, ou leur existence, comme une contre-indication formelle à la saignée. Cette croyance règne non-seulement parmi le vulgaire, mais elle est partagée par beaucoup de médecins ; cependant elle est erronée, et de plus elle est dangereuse. L'écoulement des règles, de quelque manière qu'il se fasse; n'est jamais un obstacle à ce qu'on tire du sang lorsque les symptômes en démontrent l'utilité ; il y a longtemps que Delamotte a soutenu cette opinion (1) , et J. Frank (2) en a également reconnu la justesse. Ce dernier dit même que jamais la saignée n'avait supprimé ni les règles ni les lochies quand on la pratiquait pour des accidens

(1) De La Motte, *Traité des accouchemens*, liv. 2, ch. 21, p. 224.
(2) *Prax.* t. II, Paris, p. 581.

inflammatoires. On a vu précédemment aussi (p. 125), que chez les trois femmes qui eurent leurs règles pendant la période la plus aiguë de la pneumonie, le sang coula à peu près aussi longtemps et aussi abondamment que dans l'état de santé.

Ce que je dis de la période menstruelle s'applique aussi à l'état de grossesse; on trouve beaucoup de personnes qui n'osent saigner une femme grosse atteinte d'une maladie grave, de crainte de la faire avorter. Mais il faut bien se persuader que la pneumonie est une cause bien autrement puissante d'avortement, et cette cause est d'autant plus active qu'on néglige davantage les moyens propres à la combattre. Il faut donc, chez la femme enceinte, suivre les indications que fournissent l'état général et local, et faire tout à fait abstraction de la position spéciale de la femme, car en combattant la maladie on combat la cause la plus active de l'avortement. Mais si dans les cas dont il s'agit, je dis d'une manière générale que la saignée n'est pas contre-indiquée, on comprend facilement que je ne parle que des saignées faites avec mesure, et suivant que les indications les réclament impérieusement. Il ne faudrait pas surtout ici, avoir recours à ces formules arrêtées d'avance, car s'il est utile de tirer la quantité de sang qu'il faut, il y aurait danger d'aller au delà du nécessaire; on peut bien, à un homme vigoureux, retirer un kilogramme de sang quand on aurait pu s'en dispenser, sans qu'il en résulte pourtant d'accidens bien graves, mais chez une femme enceinte on pourrait bien ne pas remarquer la même immunité.

J'ai vu très souvent des personnes du monde, et même quelques médecins s'opposer à ce qu'on pratique une saignée pendant que les malades sont en sueur, crainte de supprimer cette excrétion. J'avoue que pendant longtemps j'ai partagé ces appréhensions, mais aujourd'hui je ne les crois pas fondées, et je n'ai remarqué aucun accident pour avoir changé de conduite. Je suis heureux de pouvoir appuyer ce que je dis ici de l'autorité de J. Frank, qui avertit (1) de ne pas prendre en considération la sueur qui baigne les malades, car elle est souvent symptomatique et produite par la violence du mal, et alors même qu'elle serait critique, elle ne devrait pas, en présence des indications positives, empêcher la saignée.

Enfin l'intermittence du pouls, les lipothymies, les syncopes

(1) *Prax.* vol. II. pars II, p. 581.

même, ne sont pas des contre-indications absolues à l'emploi de la saignée, si les symptômes, l'état constitutionnel du sujet et la force du pouls, réclament au contraire cette évacuation. L'adynamie, l'abattement profond, la faiblesse du pouls, doivent au contraire éloigner de la saignée ; mais nous avons dit à l'article diagnostic différentiel, qu'il fallait prendre garde, de ne pas confondre l'adynamie *véritable* avec une simple *oppression des forces* ; dans ces cas douteux, il faut faire une saignée exploratrice de 32 à 96 grammes, et d'après les effets immédiats qu'on obtient, on y revient plus largement ou on s'en abstient pour toujours.

§ III. *Doit-on saigner à toutes les époques et à tous les degrés de la pneumonie?*

A une époque où les médecins exagérant l'importance de l'expectoration pneumonique, regardaient celle-ci comme étant la crise naturelle et presque nécessaire de la maladie, ils conseillaient de s'abstenir des évacuations sanguines et des purgatifs, aussitôt que les crachats rouillés caractéristiques étaient observés. Parmi les hommes qui ont défendu et propagé cette doctrine, on est très étonné de rencontrer Pringle, qui est sans contredit l'un des praticiens les plus éclairés du dernier siècle. Ce médecin célèbre disait en effet qu'on pouvait saigner librement les trois ou quatre premiers jours de la maladie, mais si dans ce temps-là les crachemens commençaient, on devait tout à fait discontinuer la saignée ou bien la modérer (1) D'autres auteurs, et ce sont je crois les plus nombreux, ont conseillé de s'abstenir des saignées générales ou locales après le cinquième ou même le quatrième jour d'une pneumonie, non qu'ils crussent que les pertes de sang fussent précisément désavantageuses, mais ils les regardaient comme étant pour le moins inutiles, car ils pensaient que c'était à cette époque que la suppuration commençait à se faire dans les poumons. Ainsi c'était sur une erreur d'observation que reposait la pratique dont je parle, et qu'il n'est plus permis de suivre actuellement. Il est impossible, en effet, de fixer aucun nombre de jours au delà duquel la saignée ne soit plus praticable, c'était là l'opnion professée par Stoll (2), par J. Frank (3) et par beaucoup d'au-

(1) *Obs. sur les mal. des armées*, p. 125, Paris 1745.
(2) *Médecine pratique*. T. I, p. 98, édit. de Mahon.
(3) *Prax.*, *t.* II, *part.* II, *p.* 380.

tres. J'ai saigné ou vu M. Chomel saigner le douzième, le quinzième et le dix-septième jour de la maladie; j'aurais saigné plus tard encore, si l'indication de tirer du sang avait été positive. Ainsi l'emploi des émissions sanguines pour la guérison des pneumonies sera subordonné à la nature des symptômes généraux et locaux, sans avoir égard à l'âge de la maladie.

Si l'âge avancé auquel la maladie est parvenue ne constitue jamais par lui-même une contre-indication à la saignée, cependant le médecin ne doit pas ignorer que les évacuations sanguines ont généralement des effets d'autant plus avantageux qu'elles ont été pratiquées à une époque plus voisine du début de la pneumonie. M. Louis a prouvé en effet depuis longtemps, que les malades qui sont saignés dans les quatre premiers jours de l'affection, guérissent, toutes choses égales d'ailleurs, quatre ou cinq jours plus tôt que ceux qui sont saignés à une époque plus éloignée (1). Voilà pourquoi j'avais dit ailleurs (2), en parlant du travail de M. Louis, que cet observateur avait prouvé, qu'un traitement antiphlogistique commencé dans les quatre premiers jours d'une pneumonie pouvait en abréger *beaucoup* la durée. A ce sujet, M. Bouillaud m'a demandé si je n'ai pas pris le mot *peu* pour le mot *beaucoup* (3). Il est bien clair que je ne suis point coupable d'une pareille confusion. Chacun conviendra en effet, que dans une maladie comme la pneumonie, dont la marche est si rapide et la durée si courte, s'il est un moyen ou une méthode thérapeutique qui diminue cette durée de quatre à cinq jours, on sera autorisé, et même forcé à dire que ce moyen abrège beaucoup la maladie; car pour raisonner différemment, il faudrait être, ou très distrait ou très peu logique.

Dans mes premières recherches sur la pneumonie, publiées en 1836, j'avais déjà reconnu la vérité de la proposition de M. Louis. En effet, les malades qui avaient été saignés dans les quatre premiers jours de leur pneumonie, entrèrent en convalescence au onzième jour; chez ceux au contraire qui furent saignés plus tard, la maladie eut une durée moyenne de quinze jours, elle ne fut jamais moindre de treize jours, et s'éleva quelquefois jusqu'à vingt et vingt et un. Les faits recueillis depuis cette époque ont fourni des résultats semblables. Ainsi en 1837,

(1) *Recher. sur les effets de la saignée*, p. 62, Paris, 1835.
(2) *Mém. sur la pneum. — Journ. Hebd.* — 1836, t. 5.
(3) *Clin. méd., de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 247.

les malades saignés dans les quatre premiers jours, furent convalescens dès le treizième jour, tandis que ceux chez lesquels le traitement antiphlogistique fut commencé après cette époque, la maladie persista, terme moyen, jusqu'au dix-huitième jour. Enfin l'analyse des observations recueillies dans les années subséquentes, a fourni des résultats identiquement les mêmes. Ces faits sont d'une très grande importance pour la thérapeutique de la pneumonie; et les résultats que je viens d'indiquer, doivent être considérés comme parfaitement exacts, puisqu'ils n'ont pas varié pendant quatre années consécutives. D'ailleurs, à l'exemple de M. Louis, j'ai eu soin de ne comparer entre eux que des faits qui pouvaient l'être sous le rapport de la gravité des symptômes. Comme un grand nombre de mes malades ont pris du tartre stibié, des purgatifs, ou ont eu des vésicatoires, j'ai fait en sorte que ces agens thérapeutiques qui pouvaient plus ou moins modifier la durée de la pneumonie, aient été employés à peu près également dans les deux séries de malades que j'ai comparés; de telle sorte que dans les faits que j'ai étudiés, l'époque à laquelle le traitement antiphlogistique a été commencé, fut la seule circonstance remarquable, et à laquelle il était naturel d'attribuer les différences qu'on observa dans la durée relative de la pneumonie chez les deux ordres de malades.

M. Andral pense que l'existence du troisième degré de la pneumonie ne contre-indique pas toujours la saignée; car, dit-il, ce troisième degré existe bien souvent en même temps que les deux premiers, et ceux-ci peuvent encore être combattus par les émissions sanguines (1). Mais c'est là une grave question de thérapeutique qu'on ne saurait résoudre dans l'état actuel de la science, puisque nous ne possédons aucun caractère certain pour diagnostiquer l'état d'infiltration purulente du poumon. Quant à moi, je pense au contraire que, si on pouvait être certain que la plus grande partie de la pneumonie a passé à l'état d'hépatisation grise, il faudrait s'abstenir de saigner. Ainsi j'ai vu trois malades qui, lors de leur entrée à l'hôpital, étaient certainement dans cette condition, le pouls ne contre-indiquait pas peut-être absolument la saignée, on tira donc 320 ou 350 grammes de sang, mais les malades tombèrent presque aussitôt dans un état de collapsus tel que la mort survint au bout de quatre,

(1) *Clin. méd.*, 4e édit., t. III, p. 532.

six ou huit heures. Un autre individu au contraire, était réellement expirant lorsque je le vis pour la première fois, son pouls était presque insensible, très déprimé et dépassait 140, les extrémités étaient froides et couvertes de sueur visqueuse, la face pâle était profondement altérée, le malade rejetait des crachats séreux jus de pruneaux, tout enfin faisait présager une issue très prochainement funeste. Au lieu de le saigner, je lui donnai huit décigrammes d'émétique, et lui appliquai un très large vésicatoire. Sous l'influence de cette médication, les accidens s'amendèrent d'une manière vraiment inespérée ; quinze heures après, la figure était moins altérée, les crachats séreux noirâtres étaient remplacés par une expectoration muqueuse, opaque, ou d'un gris sale; les forces s'étaient relevées, le pouls avait de l'ampleur et une certaine résistance. On crût qu'une saignée pouvait être utile, elle fut malheureusement pratiquée, à peine tira-t-on 375 grammes de sang (12 onces); mais à dater de ce moment, les symptômes qui s'étaient si heureusement amendés depuis la veille, reprirent toute leur gravité, et trois heures après le malade avait cessé de vivre.

### § IV. *Comment et où faut-il saigner?*

A quel mode de saigner faut-il donner la préférence? doit-on toujours ouvrir la veine ou se borner à des saignées locales, ou bien enfin faut-il combiner ces deux modes d'évacuations sanguines? Le choix du médecin sera subordonné à la nature des symptômes généraux et locaux. Si la fièvre est intense, si le pouls est développé, il faut toujours commencer par ouvrir la veine largement, car la saignée générale diminuera plus sûrement la fièvre, l'oppression, la céphalalgie, que ne le ferait une forte application de sangsues ou des ventouses sur la poitrine. Quant à la douleur du côté, il est rare, au contraire, comme je le prouverai plus tard, qu'une première saignée générale l'enlève, il est même commun de la voir augmenter dans le cas où le traitement antiphlogistique est commencé dans les deux ou trois premiers jours de la maladie. Les saignées locales ont au contraire pour effet, d'enlever plus promptement la douleur que les saignées générales. Aussi, pour peu que le point de côté soit intense, et qu'il ait résisté à une ou deux saignées, je crois qu'il est alors avantageux de le combattre plus directement par une forte application de sangsues et mieux encore à l'aide de

ventouses scarifiées dont l'action est plus profonde et avec lesquelles on peut d'ailleurs mesurer exactement la quantité de sang qu'on fait perdre au malade. Comme nous l'avons vu précédemment, les évacuations sanguines locales peuvent suffire dans quelques cas pour favoriser la résolution de pneumonies légères, dans lesquelles la douleur prédomine sur la fièvre et sur tous les autres symptômes.

Les saignées locales sont également les seules qu'on doive se permettre chez les sujets affaiblis par l'âge ou débilités par les maladies antérieures, la misère, les privations. Chez les enfans de deux à quatre ans il est peut-être prudent de ne pratiquer que des saignées locales ; les saignées générales ne conviennent guère qu'aux sujets plus âgés.

Les médecins ont été longtemps divisés pour savoir quelle était la veine qu'il était préférable d'ouvrir dans la pneumonie ; les uns, fidèles à la doctrine des Arabes, voulaient que l'on fît la saignée du côté du corps opposé à celui de la douleur de la poitrine; les autres, au contraire, embrassant l'opinion de Brissot et de l'académie de Salamanque, suivaient une pratique toute différente (1) ; l'immortelle découverte de Harvey fut même impuissante pour mettre fin à ces querelles, qu'il serait pour le moins ridicule de ressusciter aujourd'hui. Je dirai pourtant que même vers la fin du dernier siècle, les meilleurs praticiens s'occupaient encore de ces questions, et Grimaud, entre autres, conseillait beaucoup de saigner du côté malade, les avantages de cette pratique lui paraissant démontrés par les expériences que Triller avait faites (2). Dans les pneumonies doubles ou les pneumonies uniques, mais étendues et qui s'accompagnent d'une fièvre intense et d'une grande oppression, on a conseillé, depuis Arétée (3), d'ouvrir simultanément une veine à chaque bras, afin d'obtenir un dégorgement rapide ; cette pratique a été conseillée par Huxham (4), par Triller (5), par Frédé-

(1) *Meckel litis de loco veno sectionis in pleuritide*, seculo XVI, imprimis habita Hal, 1793.

(2) *Traité des fièv.*, t. II, p. 86.

(3) *De cur. morb. acu.*, lib. II, cap. I, p. 94.

(4) *Essai sur les fièv.*, p. 228.

(5) *Succinta commentatio de pleuritide ejusque curatione.* Francf. 1740.

rie (1), par J. Frank (2) et par plusieurs autres auteurs, comme leur ayant été plusieurs fois très avantageuses. Huxham prétend même en avoir obtenu des effets surprenans ; li paraît que M. Husson l'a expérimentée à l'Hôtel-Dieu il y a quelques années, et on dit qu'il l'a fait avec quelque avantage (3). Toutefois comme personne que je sache n'a publié des faits détaillés, il est impossible d'avoir aucune opinion un peu positive à cet égard ; je ne puis moi-même rien en dire, ne l'ayant jamais essayée ou vu expérimenter par d'autres. Il m'a paru utile que la veine fût largement ouverte, afin que le sang s'écoulât promptement ; les sujets saignés de cette manière sont généralement plus soulagés que ceux chez lesquels le sang est sorti péniblement de la veine par un petit jet fréquemment interrompu. Cette remarque a déjà été faite depuis longtemps.

§ V. *Combien de saignées faut-il faire, à quelle distance les unes des autres faut-il les pratiquer? appréciation des différentes méthodes.*

Les bons praticiens ont reconnu de tout temps, qu'il était impossible de déterminer d'avance, même approximativement, le nombre de saignées qu'il fallait faire et la quantité de sang qu'on peut retirer utilement aux individus atteints de pneumonie. L'observation de chaque jour leur avait en effet démontré, que la quantité de sang que l'on pouvait extraire devait être déterminée par l'âge et l'état des forces du malade, par sa constitution, par son état antérieur de santé ou de maladie, par l'intensité de la fièvre et la violence des symptômes locaux et en particulier de la douleur et de la dyspnée. Enfin, ils savaient aussi qu'il faut avoir égard à la constitution régnante, au génie épidémique, aux effets produits par une première évacuation sanguine, puisqu'il est des époques où les saignées échouent ou sont nuisibles, comme Sydenham, Huxham, et une foule d'autres l'ont plusieurs fois observé et signalé à l'attention des médecins. On voit, d'après ce court aperçu, de combien d'élémens il faut tenir compte, de combien de circonstances capitales il faut peser la valeur, pour s'é-

(1) *Disser. de péripneum. Edim.* 1666.

(2) *T.* II, *part.* II, *p.* 383.

(3) *Art. pneumonie du Dictionn. des sciences méd., par Pinel et Bricheteau.*

lever à la connaissance des indications, science qui constitue sans contredit le point le plus difficile et le plus important de notre art.

On a pu se convaincre par la lecture de ce livre, que la pneumonie était une maladie complexe, dont la physionomie change suivant une foule de circonstances individuelles ou extérieures; aussi les médecins, même ceux qui avaient le plus abusé des évacuations sanguines dans son traitement, n'avaient guère songé pendant longtemps, à proposer une méthode fixe, invariable, une sorte de mesure à laquelle il fallait soumettre indistinctement tous les sujets.

La quantité de sang qu'on a conseillé de retirer aux sujets atteints de pneumonie a beaucoup varié suivant les époques et les sectes médicales qui ont régné. Ainsi en recherchant quelle fut la pratique des médecins les plus illustres, nous voyons qu'Hippocrate saignait modérément, et qu'Asclépiade quoique faisant généralement une médecine très active, s'abstenait pourtant des évacuations sanguines dans la péripneumonie. Celse, qui a si étrangement abusé des saignées puisqu'il les conseillait même dans les cachexies, en était beaucoup plus sobre dans les inflammations thoraciques; il n'y avait recours que lorsque les forces n'étaient pas trop prostrées; dans le cas contraire, il se bornait à l'application de ventouses sèches. Galien, dont la pratique était pour ainsi dire calquée sur celle d'Hippocrate, employait pourtant la saignée beaucoup plus largement que le père de la médecine, car il la poussait parfois jusqu'à la syncope et tirait fréquemment dans un seul jour jusqu'à six cotyles de sang, c'est-à-dire environ 1587 grammes. Les médecins arabes, qui ont à peu près adopté les théories médicales et la pratique de l'école grecque, et Fernel, ce brillant commentateur de leurs ouvrages, saignaient modérément. Plus tard, les médecins naturistes, Baillou, Duret et Houlier, serviles observateurs des préceptes de la médecine grecque, reconnaissant comme elle, ou plutôt exagérant l'influence de la force médicatrice, furent comme Hippocrate assez sobres dans l'application des remèdes actifs et de la saignée en particulier. Mais vers le dix-septième siècle, Sydenham (1) remit en vogue la saignée et la regarda presque

(1) *Med. prat.*, t. I, p. 406, édition de Baumes.

comme le seul traitement à opposer à la pneumonie, comme la seule espérance pour triompher de la maladie. Ce grand médecin avait pour habitude, dès qu'il était appelé auprès d'un malade atteint de pneumonie, de lui tirer environ 312 grammes, (10 onces) de sang. Si la douleur était vive, il réitérait la saignée dans la même journée et tirait une pareille quantité de sang que la première fois. Il en faisait de même le deuxième, le troisième et le quatrième jour, si la douleur et les autres symptômes continuaient avec violence. Si la maladie et le danger diminuaient ou si le malade était trop faible pour soutenir des saignées faites à des intervalles si courts, il se contentait d'en faire deux de suite, mettant entre les autres un jour ou deux de distance. Il était rare que Sydenham retirât moins d'un kilogramme 250 grammes (40 onces) de sang. Mais cependant il faut observer que dans l'application de la méthode il avait égard à l'âge du sujet, à sa faiblesse, à la violence de la maladie et qu'il la modifiait en conséquence.

Depuis Sydenham, les saignées furent employées assez largement par la plupart des médecins du dernier siècle, Huxham y avait souvent recours coup sur coup. C'est ainsi que lorsque la maladie était intense et qu'une première saignée n'avait diminué ni la violence de la fièvre ni l'intensité de la douleur, il la réitérait au bout de huit, dix ou douze heures, quelquefois plus tôt; et ne tardait pas ensuite à en faire une troisième (1). Sarcone, dans l'épidémie de 1764, avait reconnu aussi que des saignées faites hardiment *par une main discrète* avaient amené la résolution d'un grand nombre de pneumonies : mais il était loin d'exagérer l'influence de ce remède, il conseillait la plus grande prudence dans son emploi, et il disait avec beaucoup de raison que quel que soit le degré de confiance qu'inspirent les observations heureuses de saignées pratiquées dans les maladies aiguës de poitrine, il convient que cette confiance ne se tourne jamais en audace (2). Beaucoup de ses contemporains et de ses successeurs ont oublié ce conseil. Sauvages (3) traitait les pneumonies franches. (*Perip. vera*)

(1) *Essai sur les fièv.* p. 222.

(2) *Mal. obs. à Naples*, t. 1, p. 191.

(3) *Noso méth.*, t. II, *pars prima*, p. 496. Amstelodami, 1763.

par des saignées qu'il réitérait jusqu'à dix fois chez les adultes ; le premier jour il tirait toutes les quatre heures environ 250 grammes (8 onces de sang); par conséquent on voit que Sauvages faisait perdre environ 2 kilogrammes et demi (5 livres) de sang à ses malades ; mais je ferai remarquer que ce célèbre nosographe n'avait conseillé ce traitement énergique que dans une seule forme de la pneumonie. Grimaud fut au contraire moins prodigue, il en revint à peu près à la pratique de Sydenham, car il conseillait dans la pneumonie inflammatoire, de ne tirer à peu près que de 1 kilogr. et demi à 2 kilogr. de sang en trois ou quatre saignées (1). Cullen essaya de remettre en vogue l'usage des saignées plus larges, puisqu'il voulait qu'un adulte de force médiocre perdît, dans les deux ou trois premiers jours de la maladie, environ 2 kilogr. et demi de sang (2). On sait que cette pratique fut même dépassée en France par Bosquillon son traducteur : mais si l'on consulte les témoins qui l'ont suivie, on peut se convaincre qu'elle n'opéra pas beaucoup de merveilles, et Bosquillon, malgré son talent, ne parvint pas à faire beaucoup de prosélytes à Paris. Parmi les médecins du dernier siècle, qui ont mis la plus sage réserve dans l'emploi de la saignée pour le traitement de la pneumonie, je dois citer Lieutaud qui s'éleva avec force contre quelques-uns de ses contemporains, qui partisans d'une méthode exclusive, se faisaient un jeu d'ordonner dix à quinze saignées et même plus, à tous ceux qu'ils traitaient d'une inflammation de poitrine. Lieutaud, au contraire, ne faisait en général que 3 ou 4 saignées de 312 à 375 grammes (10 à 12 onces), dans le cours des deux ou trois premiers jours ; et il était rare qu'il y revînt, à moins de quelque accident pressant. Enfin ce médecin résume sa pensée en disant que les cas qui demandaient 8 saignées étaient fort rares, que ceux qui en exigeaient moins étaient communs. (3).

Les médecins de l'école de Vienne ont, pour la plupart, employé les saignées d'une manière assez large dans le traitement de la pneumonie, sans oser néanmoins fixer d'avance la quantité de sang qu'on devait retirer. Van Swieten est celui qui peut-

(1) T. II, p. 85.
(2) T. II, p. 259.
(3) *Méd. prat.*, t. I, p. 548.

être a pratiqué les évacuations sanguines avec le plus de réserve, tandis que Quarin, son élève et son successeur, insistait davantage sur ce moyen, et répétait la saignée jusqu'à ce que la respiration fût devenue plus libre (1). Suivant une pratique contraire, chacun sait que Stoll employait généralement la saignée avec beaucoup plus de réserve; dans quelques cas pourtant il saignait largement ou donnait l'émétique. Stoll d'ailleurs n'était point exclusif, quoiqu'on ait prétendu le contraire, et c'est pour cela qu'il doit être compté au nombre des meilleurs praticiens qui ont honoré le dernier siècle. Hildenbrand, son digne successeur, n'a indiqué aucune règle fixe pour l'emploi de la saignée, qu'il proportionnait à l'état du pouls et des forces, à la difficulté de la respiration; cependant il était avare de saignées répétées, et si les congestions locales étaient trop tenaces, il avait recours à la méthode révulsive (2).

J. P. Frank a presque toujours été partisan des saignées copieuses, il conseillait de tirer du sang par une large ouverture, et de répéter cette opération à intervalles assez rapprochés pour que les effets de la première ne fussent pas détruits avant la seconde (3). P. Frank a peut-être, dans un grand nombre de cas abusé des évacuations sanguines; son fils Joseph rapporte en effet, que de 1789 à 1790, il avait vu son père faire à la clinique de Pavie, 12, 15 et même un plus grand nombre de saignées; et malgré ce traitement énergique, et peut-être à cause de lui, la mortalité était très considérable (*enormis erat funerum numerus*, dit-il), tandis que 10 ans plus tard, à l'Institut clinique de Vienne et à l'hôpital général de cette ville, pendant les années 1798, 99 et 1800, il était rare qu'on pratiquât même une seule saignée, et cependant la mortalité fut moindre qu'à Pavie. Mais J. Frank blâme avec raison ces deux extrêmes, et conseille aujourd'hui une pratique plus sage, en proportionnant le nombre et l'abondance des saignées à l'état des forces du sujet. Deux ou trois saignées lui suffisent pour les pneumonies médiocrement intenses; pour celles qui sont plus graves, il n'en a jamais pratiqué plus de cinq dans l'espace de vingt ans (4).

Ainsi, en résumé, si nous recherchons comment les médecins

(1) *Traité des fièv. et inflam.* T. II, p. 159.
(2) *Méd. prat.*, t. I, p. 88.
(3) *Epitome.*, t. II, p. 158.
(4) *Prax.*, vol. II, par. 11, p. 384.

qui nous ont précédé employèrent les émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie, nous voyons, que suivant les théories et les doctrines prédominantes de chaque époque, les saignées furent faites plus ou moins nombreuses et plus ou moins abondantes. Plusieurs médecins de l'école d'Alexandrie, et de la secte des dogmatiques, enfin quelques-uns de ces théoriciens que Laënnec appelle avec raison les hérétiques de la médecine, ont osé plusieurs fois proscrire ce puissant remède; d'autres, donnant dans un excès contraire, ont proposé de retirer plus de 4 ou 5 kil. de sang ; enfin les praticiens sages, également éloignés des deux méthodes extrêmes, employaient en général des saignées modérées, qu'ils proportionnaient toujours à l'état des forces et à l'intensité de la maladie, et n'avaient surtout pas songé à en soumettre l'emploi à certaines règles fixes.

Si nous recherchons maintenant quel est l'état actuel des opinions dans le monde médical sur la mesure dans laquelle on doit employer les émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie, nous voyons, comme dans l'antiquité, quelques praticiens peu nombreux proscrire tout à fait cette médication ; d'autres, au contraire, l'emploient avec une vigueur et une persistance peu communes et qui rappelle la pratique de quelques-uns des médecins des derniers siècles.

Ainsi il n'est pas rare de voir les élèves de Rasori (1) et de Tommasini, en Italie, pratiquer à l'exemple de leur maître, quatorze, seize et même vingt saignées de 4 à 500 grammes chaque, dans le cours de la pneumonie, et retirer en quelques jours, jusqu'à 5, 8 et même, dit-on, 10 kilogrammes de sang à leurs malades, qui prennent en outre souvent, des doses considérables de tartre stibié. C'est aux universités de Parme, de Milan et de Pavie que les saignées paraissent être employées avec le plus de vigueur; on les pratique souvent d'après certaines règles à peu près fixes, comme on pourra s'en convaincre par

(1) Voir le mémoire de Rasori. *Archives* t. IV. — *Bibliothèque de thérapeutique* de Bayle, Paris, 1828, t. I, p. 198.— Consulter l'ouvrage de Tommasini, intitulé *Prospectus* des résultats obtenus dans la clinique médicale de Bologne depuis 1823 jusqu'en 1828. — Voir dans le t. V, p. 321 (texte italien) du *Traité de thérapeutique de Giacomini*, ce que cet auteur a dit à propos du nombre des saignées dans la pneumonie, etc.

les détails qui m'ont été communiqués sur le traitement auquel on soumet les individus atteints de pneumonie, qui entrent à la clinique de Pavie.

Dès l'arrivée du malade à l'hôpital, on pratique une saignée de 500 grammes le matin (1 livre); au milieu du jour, la veine est ouverte de nouveau et on retire la même quantité de sang; enfin dans la soirée on fait subir au patient une nouvelle perte de sang aussi abondante que les deux premières. Le second jour, on se borne à tirer un kilogramme de sang en deux fois (2 livres); le troisième jour et les jours suivans, on ne fait plus que deux saignées de 187 à 375 gram. (de 6 à 12 onces); en sorte qu'au bout de six ou sept jours, le malade a perdu 5 kilog. de sang (10 livres). Il paraît que cette méthode s'applique sans trop tenir compte de l'apparence générale du malade ou de la force de la constitution. On prétend à Pavie, que lorsque les malades entrent à l'hôpital dans les trois premiers jours de leur pneumonie, ils guérissent généralement par la méthode que je viens d'indiquer, puisque la mortalité serait à peine d'un dixième. On dit aussi que ce traitement énergique empêche le plus souvent la pneumonie de passer à l'état d'hépatisation (1).

J'aurais beaucoup désiré pouvoir apprécier les bienfaits et les dangers de cette méthode, d'après les relevés des cliniques d'Italie, mais je n'ai pu me procurer aucun document de ce genre. Aussi je m'abstiendrai de porter aucun jugement sur la pratique des médecins italiens, et je me garderai bien surtout de juger leur thérapeutique, d'après les résultats que nous obtenons chez nous par des méthodes plus ou moins analogues; car ce serait imiter ces théoriciens audacieux qui appliquent à tous les pays ce qu'ils ont à peine observé dans un seul. Nous devons au contraire, reconnaître avec Baglivi, que d'un pays à l'autre on est souvent forcé de varier les moyens de curation, et qu'il

(1) Ces détails ont été envoyés, par M. le docteur M. d'Espine de Genève, à M. Louis qui a bien voulu m'en donner connaissance. M. d'Espine les a recueillis en 1840 en Italie au congrès scientifique de Turin, où ils lui furent communiqués par le docteur Dubini, chef de la clinique médicale de l'hôpital de Pavie.

n'y a pas plus de médecine universelle pour tous les climats que pour toutes les maladies (1)

En France, la grande majorité dës médecins ne suit aucune méthode exclusive dans le traitement de la pneumonie. La plupart reconnaissent qu'on ne saurait déterminer d'une manière générale, ni le nombre des saignées qu'on doit faire, ni la quantité de sang qu'on doit retirer chaque fois, ni l'époque de la maladie à laquelle il faut renoncer à ce moyen puissant; ils conseillent de répéter la saignée autant que l'exige la persistance de l'inflammation et l'état des forces. M. Chomel, qu'on a signalé comme un des antagonistes de la saignée, reconnaissait au contraire, il y a déjà plus de douze ans, qu'on pouvait avec avantage répéter les pertes de sang trois ou quatre fois par jour au début de la matacle; lorsque l'affaiblissement du sujet n'y mettait pas d'obsladie, mais ce professeur était trop sage pour pouvoir conseiller cette pratique comme étant applicable même au plus grand nombre des cas. M. Chomel s'est élevé également contre les prétentions de ceux qui ont cru pouvoir fixer approximativement la quantité absolue de sang qu'on doit communément tirer dans une pneumononie ; évaluations, dit-il, qui n'ont aucune utilité en elles-mêmes, et ne sont pas sans inconvéniens. Il démontre en effet que la soustraction d'un kilog. 250 grammes, que Sydenham conseille de faire dans les pneumonies, ne peut suffire si le sujet est robuste et la maladie intense ; elle est trop considérable au contraire, si l'affection est bénigne et le sujet d'une faible constitution. M. Louis ne reconnaît également aucune règle fixe dans l'emploi de la saignée. Enfin M. Andral, tout en admettant que la pneumonie est la maladie peut-être dans laquelle les évacuations sanguines peuvent être le plus prodiguées, ne se hasarde point cependant à imposer des limites, et reconnaît qu'il y a des sujets qui, en raison de leur constitution, beaucoup plus qu'en raison de leur âge, ne peuvent supporter des pertes de sang abondantes et répétées.

Depuis quelques années, M. Bouillaud, au contraire, a préconisé les émissions sanguines faites à certaines doses et à des temps fixes et déterminés, comme une panacée pour la plupart des

(1) Voir *Cabanis, rapport du physique*, 9e *mémoire, influence du climat*, § XII.

maladies inflammatoires et pour la pneumonie en particulier. Avant d'examiner sur quelles données reposent les assertions de M. Bouillaud, je vais exposer son traitement tel qu'il l'a primitivement indiqué (1).

Supposons une péripneumonie d'une étendue et d'une intensité moyennes, au premier ou tout au plus au second degré, chez un individu adulte d'une force et d'une constitution ordinaires : voici comment il convient, selon M. Bouillaud, d'appliquer la méthode des émissions sanguines.

*Premier jour.* Une saignée du bras de quatre palettes le matin, une seconde le soir de trois à quatre palettes. Dans l'intervalle des deux saignées, on appliquera sur le côté douloureux trente sangsues ou des ventouses scarifiées, de manière à obtenir trois palettes de sang environ.

*Deuxième jour.* Une troisième saignée de même quantité que les deux premières, et si la douleur de côté persiste, on réitérera l'application des sangsues ou des ventouses.

*Troisième jour.* La plupart des péripneumonies du premier degré sont arrêtées et pour ainsi dire jugulées dès le troisième jour du traitement; si la pneumonie résiste encore le troisième jour il faut sans hésiter pratiquer une nouvelle saignée générale de trois à quatre palettes.

*Quatrième jour.* La péripneumonie, même quand elle est parvenue au second degré, résiste rarement au delà du quatrième jour; dans les cas où il en est ainsi, on peut pratiquer encore une nouvelle saignée, mais le plus ordinairement il est mieux d'y renoncer, et d'appliquer un large vésicatoire sur le côté malade.

*En règle générale*, on ne doit renoncer décidément aux émissions sanguines, que du moment où la réaction fébrile est nulle ou presque nulle, et que la dyspnée et la douleur ont à peu près complétement cessé; si comme toutes les règles générales celle-ci comporte quelques exceptions, elles sont très peu nombreuses.

*Cinquième et sixième jours.* Il ne s'agit plus que de surveiller attentivement l'état du malade. Dans les cas les plus ordinaires, la résolution s'opère rapidement, et déjà l'appétit commence à

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, p. 408.

se faire sentir. Dans quelques cas exceptionnels une réaction, une sorte de récrudescence peuvent se manifester et l'on peut être réduit à revenir, mais avec plus de réserve et de sobriété, aux émissions sanguines; il semble à M. Bouillaud que c'est alors ou jamais qu'on pourrait tenter avec quelque avantage le tartre stibié à haute dose.

On peut varier la formule que je viens d'exposer, ainsi quelquefois au lieu de deux saignées en un seul jour à la dose indiquée, M. Bouillaud n'en fait qu'une de cinq à six palettes. Comme la plupart des malades arrivent à l'hôpital dans l'après-midi, ils ne sont saignés qu'une seule fois le premier jour de leur entrée, et c'est le lendemain qu'ils sont saignés matin et soir et qu'une application de sangsues ou de ventouses scarifiées est pratiquée dans l'intervalle des deux saignées.

Ainsi dans le traitement, les malades perdent de quatre à cinq livres de sang.

Les pneumonies légères, c'est-à-dire à la fois peu étendues et au premier degré ne datant que d'un jour ou deux, sont enlevées ordinairement, d'après M. Bouillaud, après la troisième émission sanguine. Quant aux pneumonies plus graves qui envahissent la majeure partie des deux poumons et qui sont parvenues au deuxième ou *au troisième degré*, il faut porter quelquefois les saignées du bras jusqu'à sept, huit et même neuf, sans préjudice des émissions sanguines locales, telles qu'elles ont été précédemment indiquées.

Quant aux pneumonies qui envahissent la totalité du poumon ou qui, sans être aussi vastes, sont décidément parvenues à la troisième période, elles tuent le plus souvent les malades avant qu'on ait eu le temps de pousser aussi loin les saignées.

Le traitement dont je viens d'exposer les principes est connu généralement aujourd'hui sous les noms de formule des saignées, coup sur coup, ou de méthode jugulante, ou de méthode de M. Bouillaud. On voit donc que cette manière de faire les saignées, de les doser, n'est qu'une imitation de la pratique suivie par quelques médecins italiens; la seule différence qui les distingue, c'est que M. Bouillaud remplace par des ventouses ou des sangsues la saignée générale que l'on pratique en Italie au milieu du jour. Je ne sais si c'est là un perfectionnement apporté

à la méthode, dans tous les cas ce n'est pas une invention qui justifie les éloges pompeux que l'auteur se décerne. Mais laissons là ces questions de priorité qui ne peuvent intéresser que la vanité de quelques personnes; contentons-nous de juger l'esprit de la méthode qu'on nous vante, et d'apprécier la valeur des résultats qu'on prétend avoir obtenus par elle.

On voit, d'après ce qui précède, que M. le professeur Bouillaud a cherché à soumettre à des règles à peu près fixes, le traitement de la pneumonie. Mais j'ai prouvé précédemment que la thérapeutique des inflammations pulmonaires n'était pas susceptible de cette précision mathématique, car en voulant déterminer d'avance, le nombre des saignées qu'on doit fairé, et la quantité de sang qu'on doit retirer, on s'expose à de graves inconvénients, dont le moindre est d'affaiblir inutilement quelques malades. La saignée est certainement de toutes les méthodes thérapeutiques celle qui est le moins susceptible d'être formulée ou d'être soumise, je ne dis pas à certaines lois fixes, invariables, mais je dirai presque approximatives. Les effets d'une saignée intempestive sont irréparables, il faut donc n'y avoir recours que lorsque l'indication est évidente, il faut la proportionner à l'étendue, à l'intensité de la maladie, aux forces des sujets, etc.; dans la formule jugulante, ces principes ne peuvent être observés. M. Bouillaud a déjà protesté contre cette grave accusation, car il affirme qu'il a égard à toutes les circonstances individuelles ou extérieures qui peuvent et doivent modifier le traitement; mais malheureusement la pratique de ce professeur est en désaccord avec ses assertions; et le lecteur pourra s'en convaincre aisément en parcourant les observations publiées par M. Bouillaud lui-même. Il faut, en effet, qu'un individu qui a une pneumonie soit saigné quatre fois dans les 24 premières heures, car c'est là la base de la formule dite nouvelle. M. Bouillaud, par exemple, voyant son malade à la visite du matin, lui prescrit sans désemparer, et comme une nécessité de sa position, trois évacuations sanguines. Elle seront faites dans la journée; on ne s'inquiète pas de savoir l'effet que la première aura produit pour pratiquer la seconde ; la troisième sera faite aussi sans connaître les changements qui ont pu survenir dans l'intensité et la marche de la maladie, depuis la dernière perte de sang; et cependant quel est le praticien qui n'a pas vu des

pneumonies qui, après la première ou la seconde saignée, présentaient un amendement assez notable dans les principaux symptômes pour que la prudence conseillât de s'abstenir désormais de tout traitement actif, qui ne pouvait avoir d'autre résultat que d'affaiblir inutilement les malades et de contrarier peut-être la marche régulière que la maladie avait de la tendance à suivre? Oui, je redis encore que la formule de M. Bouillaud est aveugle et inflexible; comme toutes les formules et toutes les recettes qui ont été prônées jusqu'à ce jour, elle est incapable d'être accommodée aux diverses exigences que chaque cas individuel présente, en l'appliquant, on combat la maladie sans songer souvent au malade lui-même. Il me serait facile de justifier ces assertions par de nombreux exemples : je ne citerai que le suivant. M. Bouillaud a rapporté dans sa *Clinique* (1) l'observation d'un homme de 36 ans, *épuisé par un diabètès sucré*, (ce sont les expressions de l'auteur), et qui fut pris d'une pneumonie intercurrente. Quoique ce malheureux fût réduit à un état d'émaciation considérable, et que la pneumonie revêtît chez lui la forme adynamique, M. Bouillaud n'hésita pas pourtant à faire pratiquer à cet individu trois saignées de 375 grammes chaque (12 onces), et la mort arriva avant la fin du premier septénaire. Beaucoup de praticiens seront sans doute surpris que l'on ait osé tirer plus d'un kilogramme de sang à un malade déjà épuisé, et qui souffrait depuis quatorze mois et demi; c'était peut être ici le cas de s'abstenir tout à fait des émissions sanguines, et de traiter d'emblée cette pneumonie par les préparations antimoniales. Mais M. Bouillaud ne partage pas notre opinion, et son seul regret consiste à n'avoir pas employé la formule des saignées coup sur coup (2)! C'est-à-dire que le malheureux auquel on a osé faire trois saignées malgré son état d'épuisement, en aurait eu pour le moins quatre, et probablement davantage, si on lui eût appliqué la formule jugulante. D'ailleurs M. Bouillaud annonce que si un cas pareil se présentait désormais à son observation, il le soumettrait à la rigueur de son inflexible formule. Ce fait est assez concluant et n'a pas besoin d'être commenté. Ce que je disais tantôt est donc

(1) *Clinique médicale de l'Hôpital de la Charité.* Paris, 1837, t. II, p. 18. obs. 3.

(2) Même ouvrage, p. 25.

incontestable; la formule donnée par M. Bouillaud est aveugle; elle prétend ployer tous les faits sous un même niveau, et tend à faire considérer toutes les pneumonies comme identiques. On voit aussi que la pratique de M. Bouillaud est plus exclusive encore que sa formule ne semblerait l'indiquer. Cela se conçoit; cette méthode a été vivement et justement attaquée, mais ces critiques, au lieu de convertir M. Bouillaud, l'ont au contraire irrité, et comme tous les inventeurs qu'on méconnaît, il croit prouver qu'il n'a pas tort en exagérant encore ce qu'on trouvait déjà blâmable.

Que M. Bouillaud ne dise plus qu'il tient compte de la constitution du sujet, du degré et de l'étendue de la maladie, etc.: s'il croit que ces diverses circonstances doivent modifier un traitement, qu'il abandonne donc sa formule, qu'il ne pose pas d'avance des règles inapplicables, qu'il saigne peu ou beaucoup suivant les exigences des cas particuliers qu'il observe; et qu'il ne prétende pas réduire la pratique aux mesquines proportions de l'art mécanique le plus vulgaire. Malheureusement la thérapeutique n'est pas susceptible de cette précision ni de cette simplicité, et la science des indications restera toujours fort difficile. C'est ce qu'il faut dire constamment à ceux qui se destinent à notre profession. Qu'on ne les habitue donc pas à juger la pratique comme une chose très simple, on évitera peut-être alors de grands maux à nos semblables, et à nos jeunes confrères, les désillusions qui suivront leur expérience personnelle. Après avoir jugé l'esprit de la méthode, apprécions maintenant ses résultats.

Depuis quelques années on a essayé de justifier avec des faits cliniques, les prétentions de la formule jugulante. Des observations particulières, des résumés, des tableaux statistiques ont été publiés par M. Bouillaud ou par ses élèves, dans le *Journal hebdomadaire*, dans l'article *Pneumonie* du Dictionnaire en 15 volumes, dans la *Philosophie médicale* et le tome 2 de la *Clinique de la Charité*; enfin plus récemment dans le 8e volume des *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*. Mais, ces faits qu'on invoque pour prouver la supériorité de la formule des saignées coup sur coup, sont moins nombreux qu'ils ne paraissent au premier abord; car à l'exception des vingt-six observations que M. Bouillaud a données en 1837 dans sa clinique, tous les

autres publiés complétement, je crois, dans le journal hebdomadaire, ont été ensuite reproduits et commentés dans deux ouvrages différens de M. Bouillaud. Enfin les soixante-quinze cas qu'un de ses élèves a présentés à l'Académie de médecine, sont ces mêmes observations que nous connaissons depuis longtemps; observations dont j'ai démontré le peu de valeur, il y a déjà cinq ans, dans mon mémoire sur la pneumonie.

Il faut convenir pourtant que les matériaux de ce dernier travail, qui n'est en définitive qu'une quatrième édition, ont été disposés de manière à induire bien facilement en erreur. Ainsi on fait un choix de cinquante-six cas de pneumonies, les unes bénignes et ayant guéri par les seuls émolliens, beaucoup étant au premier degré ou parvenues encore incomplétement à l'état d'hépatisation rouge; sur ces cinquante-six pneumonies, deux seulement ont eu une issue funeste ; et l'on a même soin de faire remarquer que la méthode est innocente de la mort des malades (1) ; on prétend même que ceux-ci sont morts par accident, ou même par leur faute, et nullement par suite de l'insuffisance du traitement, car celui-ci est regardé comme étant à peu près infaillible (2). Mais avant de passer à une autre série de faits moins favorables, l'auteur s'extasie un moment pour faire remarquer les bienfaits d'une méthode qui a pu guérir cinquante quatre malades sur cinquante-six, comme s'il était possible de tirer aucune conclusion rigoureuse de cas aussi dissemblables, et comme si on pouvait juger de l'efficacité d'une méthode de traitementpar une série de faits dont les uns étaient peu graves, dont les autres appartenaient à des individus guéris autrement que par la formule des saignées coup sur coup. C'est ainsi qu'un tiers environ de ces individus ont guéri, soit par les émolliens seuls, soit par cette méthode antiphlogistique que M. Bouillaud nomme *Classique* avec dédain ; par conséquent il ne peut pas accepter les succès obtenus par elle, et surtout il lui est défendu d'en faire honneur à sa formule : il faut donc les défalquer. Il nous reste alors trente-cinq malades, dont deux seulement ont succombé; certes ce succès est assez beau pour qu'on ne cherche pas encore à l'enfler et à le rendre incroyable, en y ajou-

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 564.
(2) *Bouillaud, phil. méd.*, p. 357.

tant des faits qui ne lui appartiennent pas. Quoi qu'il en soit, après avoir annoncé avec pompe qu'on n'avait perdu qu'un vingt-huitième des malades, l'auteur est obligé à la fin de son mémoire et comme règlement de compte définitif, de nous accuser une mortalité d'un huitième trois-quarts, ce qui d'ailleurs n'est pas encore parfaitement exact; somme toute, cependant, le résultat obtenu est encore assez favorable, mais il nous sera facile plus tard d'en expliquer la cause.

J'ai dû signaler à l'attention cette nouvelle manière de grouper les faits, qui est aussi vicieuse qu'elle est dangereuse pour le lecteur, et qui en a peut-être imposé à l'honorable et savant médecin lui-même, qui fut chargé de présenter à l'Académie de médecine un rapport sur le travail que je critique actuellement. M. le docteur Rayer conclut en effet, sans restrictions, sans commentaires « que la méthode de traitement, formulée par M. Bouillaud, appliquée dans les soixante-quinze cas de pneumonie franche et primitive a réussi au delà de toute proportion connue, pour le premier et le second degré de la pneumonie; un mort seulement sur vingt-cinq malades (1). » Evidemment une pareille conclusion ne découle nullement de l'analyse des faits dont je parle.

Les faits invoqués par M. Bouillaud en faveur de sa méthode sont-ils d'ailleurs aussi concluans qu'on le dit? Il y a cinq ans, lorsque ce professeur publia, dans son traité de philosophie médicale, des relevés statistiques pour prouver la supériorité de sa méthode, je lui fis remarquer que les résultats favorables qu'il indiquait, ne pouvaient avoir aucune valeur aux yeux des hommes expérimentés, parce qu'il avait omis de tenir compte de toutes les circonstances qui ont de l'influence sur la marche et l'issue de la pneumonie, comme l'étendue et la gravité de la maladie, mais surtout l'âge des individus. M. Bouillaud s'était contenté, en effet, de présenter à ses lecteurs des *résultats bruts*, c'est-à-dire qu'après avoir réuni tous ses faits pêle-mêle, il avait additionné le nombre des succès et des revers, et avait cru résoudre le problème par cette opération fort simple.

(1) Rayer, *Bulletin de l'Acad. royale de médecine*, t. IV, p. 472.

Comme on le pense bien, M. Bouillaud n'a pas manqué de réclamer contre cette grave accusation ; il m'a cité plusieurs fragmens de ses ouvrages pour me prouver qu'il tenait compte comme nous, de toutes les circonstances qui peuvent modifier le traitement de la pneumonie. Oui, je reconnais que M. Bouillaud donne ces conseils, et je les avais lus dans ses écrits avant qu'il voulût bien me les rappeler; mais je lui reprochais seulement de n'en avoir pas fait l'application, et si ce professeur, au lieu de me citer de longs passages de sa philosophie médicale, avait bien voulu me dire l'âge moyen de ses malades, le nombre de pneumonies qu'il avait vues au premier ou au second degré, il eut complétement répondu à mon objection. Aujourd'hui les soixante-quinze faits sur lesquels j'argumentais, viennent d'être publiés par un de ses élèves dans les mémoires de l'Académie de médecine, et j'ai pu m'assurer que les objections que je lui avais adressées étaient très fondées ; j'espère que le lecteur partagera bientôt à cet égard toutes mes convictions.

Sur les soixante-quinze observations de M. Bouillaud, il n'y en a réellement que quarante-neuf, dans lesquelles on ait employé la véritable formule ; chez les vingt-six autres malades, dont quelques-uns ont succombé, on a employé pour tout traitement les préparations antimoniées ou les émolliens, ou lorsqu'on a saigné, les évacuations sanguines ont été faites suivant les anciens erremens, de sorte que je n'ai pas dû leur attribuer, ni les succès, ni les revers qui en étaient résultés. Reste donc quarante-neuf malades traités par la méthode des saignées coup sur coup, sur ce nombre six seulement ont succombé, ce qui élève la mortalité à un huitième au lieu d'un huitième trois quarts, presque neuf, qui était le chiffre qu'on avait trouvé en comprenant indistinctement tous les faits. Cependant ce résultat est encore très avantageux ; mais doit-on en faire honneur exclusivement au traitement que M. Bouillaud a suivi, c'est ce que je ne crois pas; car en étudiant les faits recueillis à la clinique de ce professeur, on trouve une coïncidence de plusieurs circonstances heureuses, qui ont dû exercer une grande influence sur la terminaison de la maladie, et dont il faut avan tout tenir compte pour apprécier justement les effets des méthodes thérapeutiques. Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est

l'âge généralement peu avancé des malades, dont la moyenne était à peine de trente-trois ans.

Or, si on se rappelle ce que j'ai établi précédemment, savoir : que de trente à quarante ans, la pneumonie, traitée par la méthode ordinaire ou par le tartre stibié, donne à peine une mortalité d'un septième, on s'expliquera facilement par cette seule circonstance, pourquoi les individus qui furent traités par la formule des saignées coup sur coup, et qui avaient à peine atteint l'âge moyen de trente-trois ans, n'ont présenté qu'une mortalité d'un huitième. On voit donc que j'avais raison lorsque je reprochais à M. Bouillaud de n'avoir nullement tenu compte de l'âge de ses malades dans l'appréciation des résultats thérapeutiques qu'il présentait en faveur de sa formule. Cette considération de l'âge nous explique aussi pourquoi M. Bouillaud a pu, depuis plusieurs années, employer presque impunément sa méthode sur un grand nombre de malades ; la vitalité qu'on trouve chez les sujets jeunes a pu seule faire équilibre aux effets fâcheux des émissions sanguines pratiquées sans mesure. Que M. Bouillaud, s'il est parfaitement convaincu de l'efficacité de sa méthode, ose l'employer sur un grand nombre de vieillards, si à cet âge où toutes les autres méthodes échouent si souvent, il parvient avec sa formule a réaliser des succès que nous ne pouvons obtenir, je serai le premier à les proclamer, et j'en ferai mon profit pour la pratique.

Si M. Bouillaud a trouvé pour son traitement un utile auxiliaire dans l'âge de ses malades, on peut dire aussi qu'il a été également favorisé par l'état encore peu avancé de la pneumonie, chez un grand nombre de sujets. C'est ainsi que sur les quarante-neuf dont je parle, il y en a seize dont la pneumonie n'avait pas encore dépassé le premier degré ou bien était entre le premier et le deuxième ; chez dix il y avait encore un mélange des deux premiers degrés ; enfin chez treize seulement l'état d'hépatisation était parfaitement confirmé.

Les heureuses circonstances dont je viens de parler se retrouvent encore dans les observations de pneumonies que M. Bouillaud a rapportées dans sa clinique médicale. On voit, en effet, que l'âge moyen de ses malades n'était guère que de trente-trois ans ; la pneumonie existait huit fois au premier degré,

dix fois les deux premiers degrés étaient réunis, huit fois seulement le deuxième degré existait seul dans tous ou presque tous les points envahis par l'inflammation. On voit déjà qu'il est bien facile d'expliquer les prétendus succès de M. Bouillaud, en ayant égard à l'âge peu avancé de ses malades et au grand nombre de pneumonies bénignes ou peu graves qu'il a traitées. Mais il y a encore une autre condition qui doit entrer en ligne de compte, quand il s'agit d'interpréter les résultats d'une méthode thérapeutique, je veux parler de l'influence qu'exerce le sexe des individus sur la terminaison des pneumonies.

Nous avons vu précédemment que la pneumonie était beaucoup moins grave chez l'homme que chez la femme; que chez celle-ci, elle avait plus souvent une issue funeste que chez le premier. Il en résulte que dans toute statistique qu'on présente sur la pneumonie, il faut avoir égard au sexe des individus. Or, dans les relevés de M. Bouillaud, le nombre des femmes est très peu considérable : on n'en compte que 8 sur 100 malades (1) ; elles forment donc à peine le douzième du nombre total, tandis que dans les faits qui nous ont servi à la rédaction de ce traité, la proportion des femmes est entre un quart et un cinquième. On conçoit sans peine combien une pareille différence doit influer sur le chiffre de la mortalité.

On peut se convaincre par tout ce que je viens de dire, de combien d'élémens secondaires il faut tenir compte pour apprécier rigoureusement l'influence des agens thérapeutiques. On voit encore que pour prouver l'efficacité d'une méthode quelconque de traitement, il ne suffit pas d'additionner simplement le nombre des succès et des revers, et de tirer ensuite une conclusion qu'on croit rigoureuse; ce n'est là qu'une œuvre de bureaucratie assurément fort peu intelligente et qui a pour nous bien moins de valeur scientifique que les résultats approximatifs que donnerait un observateur attentif. Il faut le redire encore, car trop de personnes s'obstinent à ne pas vouloir l'entendre; la statistique médicale, telle que la comprend l'école

(1) Dans les 75 cas rapportés dans le t. VIII des *Mémoires de l'Acad. de médecine,* il y a 7 femmes; et dans les 26 rapports dans le t. II de la Clinique de la Charité, on n'en trouve qu'une.

d'observation, ne consiste pas seulement à aligner des chiffres, mais nous analysons les faits avant de les compter, et nous cherchons à apprécier toutes les circonstances qui, de près ou de loin, peuvent avoir de l'influence sur la maladie; nous croyons enfin avec Zimmermann, l'un de nos plus grands médecins philosophes, que la seule voie de découvrir tout ce qui se trouve dans un objet est de l'examiner en détail et de le décomposer, jusqu'à ce que l'objet entier devienne si simple, qu'on ne puisse plus l'analyser davantage (1). Cette méthode, comme on voit, exige beaucoup de temps, de peine, de sacrifices, elle conduit lentement à un but, mais elle y conduit sûrement.

Je pense que le lecteur est actuellement suffisamment éclairé sur la valeur des résultats proclamés par M. Bouillaud et par son école. On voit maintenant si c'est aux saignées coup sur coup, ou aux circonstances heureuses dans lesquelles les malades sont placés, qu'il faut attribuer l'abaissement du chiffre de la mortalité chez les pneumoniques traités à l'hôpital de la Charité.

Après avoir démontré que M. Bouillaud ne guérissait pas plus de malades par sa méthode que par les traitemens ordinaires, il nous reste à discuter si les saignées ont quelque heureuse influence sur la durée totale de la maladie ou sur celle des principaux symptômes.

M. Bouillaud a avancé que par sa formule des saignées coup sur coup, on guérissait les pneumonies beaucoup plus vite que par la méthode ordinaire de traitement; il a calculé en effet que sa formule, comparée au mode de traitement adopté par MM. Chomel et Louis, avait l'avantage sur celui-ci *de diminuer d'un peu plus de la moitié la durée de la maladie* (2). M. Bouillaud ajoute que la véritable cause de cette énorme différence dans la durée de la pneumonie, consiste uniquement dans la différence du traitement qu'on a adopté. Il fait remarquer en outre que ce qu'il avance n'est point une *hypothèse*, mais une chose *parfaitement* démontrée.

(1) *Traité de l'Expérience*. Livre III *de l'esprit d'observation*, t. I p. 176, trad. de l'all. par Febvre, *Paris*, 1774.

(2) *Clin.*, t. II, p. 209.

Quand on a lu avec quelque attention les résumés et les observations particulières de M. Bouillaud, on est surpris qu'un homme aussi habile et aussi grave que lui, avance avec autant de facilité des résultats qui sont aussi souvent que les siens en contradiction formelle avec les observations particulières sur lesquelles il prétend les appuyer. M. Bouillaud est surtout malheureux quand il s'agit d'apprécier la durée d'une maladie; depuis qu'il fait de la statistique, il s'est toujours trompé sur ce point, mais il est juste de dire que ce n'est jamais à son détriment. Nous avons vu pendant longtemps ce professeur prendre pour la durée de la maladie *la duré du traitement;* ainsi, pour les malades traités dans les hôpitaux, qui ne viennent réclamer nos soins qu'après 3, 4, 6, 8 et 10 jours de maladie, M. Bouillaud, chose étrange, ne tenait aucun compte de cette première période, et *il datait la guérison ou la mort de ses malades à partir du jour où ils étaient entrés à l'hôpital.* Cette singulière manière de compter dont je signalai tous les inconvéniens, il y a bientôt cinq ans, à l'occasion des tableaux que publia M. Bouillaud, dans sa philosophie médicale (1), était, comme on le conçoit aisément, tout à l'avantage de la formule des saignées coup sur coup; c'est ainsi que j'ai démontré qu'une série de 22 individus chez lesquels la durée moyenne de la maladie aurait été, d'après M. Bouillaud, de neuf jours environ, se trouvait être de quinze lorsqu'on voulait compter comme tout le monde, c'est-à-dire depuis le début des premiers accidens jusqu'à la convalescence. On voit donc que par son procédé, M. Bouillaud réalisait en faveur de sa méthode, un bénéfice de plus du tiers dans la durée totale de la maladie. Ce médecin paraît avoir compris le vice d'un pareil calcul, car il l'a abandonné sans même songer à le défendre. Cependant M. Bouillaud n'a pas encore voulu s'astreindre à compter comme tout le monde, car les résultats qu'il aurait alors donnés eussent été l'arrêt de mort de sa méthode; mais il a adopté un autre système : *il a rapproché le terme de la convalescence*, de sorte que le bénéfice que M. Bouillaud trouvait autrefois dans la première période de la maladie, il le réalise maintenant à la fin. On voit par là que M. Bouillaud comprend très bien le système des

(1) Voir en particulier le 7e et le 9e tableau, p. 567 et 570.

compensations, mais il n'en résulte pas moins qu'il a encore adopté une méthode très vicieuse, qui ne lui permet pas moralement de comparer ses résultats aux nôtres et à ceux de MM. Louis et Chomel.

Ainsi il y a quelques années, lorsque M. Bouillaud prenait la durée *du traitement* pour la durée de la maladie elle-même, il faisait dater la guérison commençante ou la convalescence à l'époque où la fièvre ayant *complétement cessé, les malades pouvaient supporter quelques alimens légers, sans en être incommodés* (1) : c'était apprécier alors fort justement ce qu'on doit entendre par convalescence. Mais aujourd'hui, au contraire, M. Bouillaud étant forcé de compter à dater du début des premiers accidens, et voulant cependant continuer à jouir d'un bénéfice que je crois illégitime, s'est décidé à fixer le commencement de la convalescence à *l'époque où les signes caractéristiques de la pneumonie et le mouvement fébrile ont presque entièrement disparu, et à laquelle il commence à donner des bouillons* (2), comme si on était en droit de considérer comme guéris, des malades chez lesquels le mouvement fébrile n'est pas encore complétement éteint.

M. Bouillaud est libre jusqu'à un certain point de mal calculer, il court les chances d'être critiqué, mais il augmente beaucoup ses torts lorsqu'il accuse injustement ses confrères de faire comme lui. J'ai été en effet fort surpris que M. Bouillaud puisse prétendre *que M. Louis fixait la convalescence à la même époque que lui* (3). Je ne m'explique réellement pas comment M. Bouillaud a pu avoir une aussi grande distraction lorsqu'il a écrit ce passage, puisque au contraire M. Louis a déclaré dans son mémoire (4) qu'il avait fixé pour tous les sujets « d'une part » le début de l'affection à l'époque où ils ont éprouvé un mou- » vement fébrile plus ou moins violent, promptement suivi ou » accompagné de douleurs à l'un des côtés de la poitrine ou de » crachats rouillés ; et de l'autre *en plaçant la convalescence à » l'époque où les malades ont commencé à prendre quelques ali-*

(1) *Phil. méd.*, p. 359.
(2) *Clin.*, t. II, p. 206.
(3) *Clin.*, t. II. p. 209,
(4) *Mém. sur les effets de la saignée*, p. 15.

« *mens légers, trois jours au moins après la cessation du mouve-*
» *ment fébrile.* »

Ainsi, il est bien prouvé que M. Louis marque la convalescence autrement que M. Bouillaud, et que ce professeur n'a le droit de comparer ses résultats à ceux du premier, qu'à condition qu'il voudra bien se soumettre à mesurer la durée de la maladie comme tout le monde le fait, c'est-à-dire depuis le début des premiers symptômes jusqu'à l'époque où la fièvre ayant complétement cessé, on peut déjà permettre aux malades l'usage de quelques alimens.

En marquant la convalescence comme le pratique M. Bouillaud, avant la cessation de la fièvre et l'usage de toute alimentation solide, ce médecin obtient pour chaque malade un avantage de plusieurs jours, de sorte que la durée moyenne de la pneumonie qui, d'après la manière de compter de M. Bouillaud, serait d'environ neuf jours un tiers, s'élève à douze ou quatorze jours lorsqu'on prend les mêmes termes que M. Louis, ce qui n'a plus rien de merveilleux. Je dis qu'on peut estimer à douze ou quatorze jours la durée moyenne de la pneumonie chez les malades de M. Bouillaud, car je ne puis ici donner qu'un chiffre approximatif, attendu qu'à mesure que M. Bouillaud approche de la convalescence, il devient excessivement sobre de détails, et il a généralement beaucoup négligé cette phase de la maladie dans laquelle il cessait de prodiguer la saignée.

J'espère que le lecteur est suffisamment fixé sur l'importance des résultats donnés par M. Bouillaud. Il nous resterait à rechercher si ce médecin qui n'a pas guéri plus de malades que ses confrères, et qui ne les a pas guéris plus vite, les a au moins soulagés plus rapidement, s'il a, par exemple, abrégé la durée de chacun des principaux symptômes. La chose doit paraître peu probable, néanmoins c'est une question que j'examinerai lorsqu'à l'occasion de l'analyse de mes observations je comparerai mes résultats à ceux de M. Bouillaud; c'est alors seulement que je compléterai ma critique de la méthode jugulante, en recherchant si les saignées coup sur coup n'ont pas dû allonger la convalescence.

Afin de mieux apprécier cette influence, et pour n'opérer que sur des faits qui soient le plus comparables possible, je com-

mence par diviser mes observations en trois groupes principaux, suivant que les pneumonies étaient arrivées au premier ou au deuxième degré, lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé.

## ARTICLE II.

Résultats obtenus par les saignées faites rationnellement.

Chez les malades dont j'ai recueilli l'histoire, les saignées furent pratiquées d'une manière rationnelle ; leur emploi n'a été soumis à aucune règle fixe, et ne fut jamais calculé d'avance. Elles furent proportionnées à l'âge et à la constitution des individus, à la gravité de la maladie et à sa forme particulière; lorsque plusieurs saignées ont été faites, les secondes ne furent pratiquées qu'après avoir apprécié l'influence que les premières avaient exercée, sur les symptômes généraux et locaux ; aussi, le nombre de saignées, et la quantité de sang extraite ont beaucoup varié chez nos différens malades. C'est ainsi que les uns n'ont été saignés qu'une ou deux fois, tandis que chez d'autres il y a eu en peu de jours, jusqu'à dix évacuations sanguines. Quelques malades n'ont perdu que 187 à 250 grammes de sang ( 6 à 8 onces ), tandis que chez plusieurs on en a extrait plus de 5 kilogrammes (10 livres ) ; la plupart n'ont guère perdu qu'un kilogramme de sang. Je vais rechercher maintenant l'influence que les saignées modérées, ou du moins pratiquées suivant l'indication du moment, ont exercée sur la marche, la durée et la terminaison de la pneumonie.

### § I. *Effets des émissions sanguines dans les cas où la pneumonie est encore au premier degré.*

Le premier groupe se compose de 50 malades qui, à leur entrée à l'hôpital, présentaient tous les symptômes d'une pneumonie qui n'avait pas encore dépassé le premier degré dans aucun point de son étendue. J'ai cru devoir comprendre aussi dans cette série de faits, l'histoire des quatre individus chez lesquels la pneumonie ne fut caractérisée que par la fièvre, la douleur de côté et les crachats pathognomoniques, sans qu'on ait pu découvrir à aucune époque, quelques-uns des signes fournis par la percussion et surtout par l'auscultation. Parmi ces 50 malades on comptait 16 femmes; plus des quatre cinquièmes étaient

doués d'une constitution moyenne ou assez forte; les autres, au contraire, avaient une constitution grêle, chétive et plus ou moins détériorée; l'âge des sujets variait de 16 à 72 ans, et donnait pour moyenne 40 ans. Ces individus, au moment où fut commencé le traitement antiphlogistique, accusaient de un à dix jours de maladie ou trois jours et demi pour la plupart. La pneumonie paraissait assez bénigne et encore peu étendue chez 14 malades, tandis que chez les 36 autres, les symptômes présentaient assez de gravité pour que l'issue de l'affection dût être considérée comme douteuse; parmi eux on comptait trois cas de pneumonie double. Tous ces malades furent saignés de une à cinq fois, la plupart eurent deux évacuations sanguines, et l'on peut estimer à 1 kilogramme 125 grammes (2 livres 4 onces) la quantité moyenne de sang qu'ils perdirent et qui leur fut retiré presque complétement (1 kilogramme) dans les 24 ou 40 premières heures de leur entrée à l'hôpital. Sur ces 50 pneumonies, 5 seulement eurent une issue funeste. Cette mortalité d'un dixième paraît être un résultat très avantageux, surtout si on a égard à l'âge généralement avancé des malades dont la moyenne atteignait 40 ans; mais il ne faut pas oublier que la pneumonie offrait réellement peu de gravité chez un peu plus du quart des sujets.

Sur ces 50 malades, nous en trouvons 18 chez lesquels les saignées employées largement, chez presque tous (14), furent répétées autant de fois que le permit l'état des forces, et ce ne fut que lorsque celles-ci empêchèrent d'y recourir encore, qu'on tenta l'emploi de l'émétique à haute dose. D'ailleurs il n'est pas inutile de faire remarquer que les cinq individus qui ont succombé sont précisément ceux chez lesquels les saignées furent faites le plus abondamment, puisque chacun de ces malades perdit 2 kilog. 125 grammes de sang, (4 liv. 4 onces) qui fut retiré presque entièrement dans les deux ou trois premiers jours du traitement. Les émissions sanguines, quoique employées plus largement que de coutume, n'ont pourtant pas été disproportionnées aux forces des individus, par conséquent, je crois qu'il serait injuste d'accuser la saignée d'avoir favorisé la terminaison fâcheuse de la pneumonie; mais il faut convenir du moins que les évacuations sanguines employées le plus largement possible et à des intervalles très rapprochés, ont été im-

puissantes pour enrayer la marche de ces pneumonies. Si on nous accusait de n'avoir pas retiré encore une quantité suffisante de sang chez les malades dont je parle, je répondrais que chez eux la saignée a été poussée aussi loin que l'état du pouls et des forces ont pu le permettre. Chez les trente-deux individus qui nous restent, les saignées auxquelles on associa quelques laxatifs doux et fort rarement un vésicatoire, suffirent pour amener l'heureuse solution de la pneumonie.

Si nous étudions l'influence que la saignée a exercée sur la marche de la maladie, nous constatons d'abord comme un fait fort remarquable, que quelque abondantes qu'aient été les évacuations sanguines, dans plus des deux tiers des cas elles furent impuissantes pour empêcher la pneumonie de passer du premier au deuxième degré, sinon dans toute la surface envahie, du moins dans un ou plusieurs points. C'est ainsi que sur quarante-six malades, les seuls dont la pneumonie se révéla par des phénomènes d'auscultation, il n'y en a que dix qui ne présentèrent jamais que de la crépitation, tandis que chez les trente-six autres, on put constater pendant un ou plusieurs jours du souffle tubaire à l'inspiration ou à l'expiration. Le passage de la maladie du premier au deuxième degré coïncidait le plus souvent, il est vrai, avec une augmentation de la fièvre, celle-ci était restée tout au moins stationnaire : cependant chez sept des malades dont j'analyse actuellement les observations, j'ai constaté l'existence des signes physiques du deuxième degré, en même temps que je notais une diminution considérable dans l'appareil fébrile et les autres symptômes généraux et locaux : vingt-quatre ou trente-six heures après, la convalescence était parfaitement établie. Ces faits sont très importans à connaître ; dans la pratique, ils démontrent encore que pour établir le pronostic de la pneumonie, et saisir les indications thérapeutiques que cette maladie réclame, il faut bien moins avoir égard aux phénomènes fournis par l'auscultation qu'à ceux que donne l'état général du sujet.

Peut-être croira-t-on que dans les cas où la pneumonie ne dépassait pas le premier degré, le traitement antiphlogistique fut employé d'une manière beaucoup plus énergique que chez les malades dont la pneumonie arriva en totalité ou en partie au degré d'hépatisation rouge; cette supposition est inexacte. Je me

suis convaincu au contraire que les malades chez lesquels la pneumonie resta toujours au premier degré, furent saignés deux ou trois fois moins abondamment que ceux dont la maladie arriva au deuxième degré. Le traitement fut moins énergique chez les premiers, parce que la pneumonie présentait peu de gravité, et c'est à la bénignité des symptômes, plutôt qu'au traitement lui-même, qu'il faut attribuer cette sorte d'arrêt dans la marche naturelle de la maladie. Chez deux individus pourtant, la pneumonie se présentait avec une apparence de gravité, la douleur de côté était vive, l'oppression forte, la fièvre intense, la crépitation était perçue dans les deux tiers inférieurs du poumon droit; une seule saignée de 500 grammes (1 livre) fut pratiquée, et l'on vit les accidens s'amoindrir aussitôt, et les malades entrer de suite en convalescence. Certainement en voyant ces individus pour la première fois, on n'aurait pu prévoir que la pneumonie dût céder aussi rapidement à une seule saignée générale; d'autres personnes leur eussent sans nul doute opposé un traitement beaucoup plus énergique, qui les eût inutilement affaiblis, et auquel on aurait attribué très à tort l'issue aussi heureuse que prompte de la maladie. C'est encore là une nouvelle preuve de ce que j'ai déjà signalé, et qui ne saurait être assez répété, savoir : qu'une pneumonie étant donnée, on ne peut calculer d'avance, même approximativement, la quantité de sang qu'on doit retirer aux malades.

Chez les quarante-cinq individus dont la pneumonie eut une heureuse issue, la convalescence commença, terme moyen, vers le dixième jour. Les malades étaient considérés par moi comme convalescens à l'époque où *la fièvre ayant complétement cessé*, ils pouvaient digérer pour le moins deux potages par jour ; la guérison était assurée, complète au douzième jour. Enfin ce fut à la fin du troisième septénaire que leurs forces suffisamment rétablies, leur permirent de reprendre leurs pénibles occupations.

Aurait-on obtenu des résultats plus avantageux dans les cas que je viens d'analyser, si on eut adopté un traitement beaucoup plus énergique. Je ne le pense pas, et pour le prouver, il me suffira de comparer mes observations à celles qui ont été publiées par M. Bouillaud. On trouve dans la clinique de ce professeur neuf exemples de pneumonie au premier degré, dans des

tableaux publiés antérieurement, et qu'on vient de reproduire(1); on trouve treize autres cas semblables, ce qui donne un total de vingt-deux observations de pneumonie dans lesquelles l'inflammation était encore à la période d'engouement. Les malades de M. Bouillaud chez lesquels le traitement fut commencé au quatrième jour, perdirent en moyenne 1 kilogr. 625 gram. (3 livres un quart) de sang; parmi eux on ne compte qu'un seul mort, tandis que dans les observations qui m'appartiennent, la mortalité s'est élevée à un dixième; mais plusieurs circonstances expliquent l'avantage que M. Bouillaud a sur nous. C'est ainsi que l'âge moyen de ses malades ne dépassait pas trente-deux ans, tandis que chez les nôtres il était de quarante; un seul sujet observé par M. Bouillaud avait atteint cinquante-sept ans, tandis que près d'un quart de nos malades étaient compris entre cinquante et soixante-douze ans. En outre, on peut facilement se convaincre que les pneumonies au premier degré observées par le professeur de la Charité, étaient très bénignes ou d'une intensité médiocre, tandis que la moitié de nos malades (vingt-six), avaient été réellement en péril. Ainsi d'une part, l'âge avancé des sujets, et de l'autre, l'intensité plus grande de la maladie, expliquent suffisamment pourquoi la mortalité a été plus considérable chez nous que dans le service de M. Bouillaud. Ce qui prouve que le traitement mis en usage par ce médecin n'a pas été plus efficace que celui que j'ai employé ou vu employer par M. Chomel; c'est que M. Bouillaud n'a pas guéri les malades plus rapidement que nous, puisque leur convalescence a à peine commencé au dixième jour, comme cela a eu lieu chez les nôtres. Ainsi donc, les premiers ont perdu sans aucune espèce d'avantage plus d'un demi kilogr. de sang. Cette soustraction inutile a-t-elle eu quelque influence sur le retour plus ou moins rapide des forces? il est permis de le supposer. Toutefois il est impossible de comparer sous ce rapport mes observations à celles de M. Bouillaud, attendu que ce professeur n'a presque jamais noté si les malades étaient en état de reprendre leurs travaux lorsqu'ils ont quitté l'hôpital.

(1) J. Pelletan, *Mémoire statistique sur la pleuro-pneumonie aiguë* (Mémoires de l'académie royale de médecine, Paris, 1840, t. VIII, pag. 545.

§ II. *Effets des émissions sanguines dans les cas où la pneumonie était parvenue au deuxième degré quand le traitement fut commencé.*

Le second groupe que j'ai établi comprend 182 malades (143 hommes et 39 femmes ) dont la pneumonie était arrivée, en totalité ou en partie, au second degré, lorsque le traitement antiphlogistique commença à être employé chez eux. L'âge de ces individus variait de 16 à 77 ans, et donnait pour moyenne 35 ans; et leur constitution, plus ou moins forte dans près de trois quarts des cas, était faible, chétive chez tous les autres. La pneumonie présentait une certaine gravité chez tous; double chez douze, elle n'affectait chez les autres qu'un seul des poumons, dont elle envahissait du quart à la totalité. Le traitement antiphlogistique commencé du premier au huitième jour, le fut, terme moyen, à quatre jours un quart à dater du début des premiers symptômes. Comme chez les malades dont j'ai analysé plus haut les observations, on ne suivit aucune règle fixe dans l'emploi des antiphlogistiques. Quelques individus ne perdirent que 250 à 312 grammes (8 à 10 onces) de sang, tandis que chez plusieurs on en retira 4 kilogr. (8 livres). Le nombre des saignées qui furent pratiquées varia de une à six; la plupart n'en eurent que trois; l'on peut estimer à environ 1 kilogramme et demi (3 livres) la quantité moyenne de sang qui fut retirée à chacun de mes malades, et dont 1 kilogr. fut extrait dans les trente-six ou quarante-huit premières heures. Voici maintenant les résultats principaux qui furent obtenus.

Sur ces 182 malades, 32 ont succombé : c'est plus d'un sixième. On remarquera que ces individus, quoique d'un âge beaucoup moins avancé que les 50 que nous avons compris dans la première série, ont néanmoins fourni une plus grande mortalité que les derniers. Mais il est presque inutile de dire qu'on en trouve une raison suffisante dans l'étendue plus grande de la pneumonie, dans son degré plus avancé, et enfin aussi dans la marche plus rapide que la maladie avait de la tendance à suivre.

Aurions-nous perdu moins de malades si nous eussions fait des saignées plus copieuses, et si nous les avions répétées plus souvent? Je ne le pense pas. Si en effet on en excepte 4 ma-

lades qui auraient pu être saignés beaucoup plus largement qu'on ne l'a fait, tous les autres qui ont succombé furent saignés suivant la mesure de leur force. Chez plus du tiers on ne retira pas moins de 3 kilog. de sang (6 livres), et plusieurs fois on en a extrait jusqu'à 4, sans qu'on ait pu enrayer un seul instant la pneumonie, qui, nonobstant des pertes de sang aussi considérables et l'emploi des préparations antimoniales chez 28 malades, n'en a pas moins continué sa marche vers une terminaison funeste. Ainsi les individus qui ont succombé, ont été, en général, saignés plus largement, plus abondamment que ceux qui ont guéri, quoiqu'il y eût dans les deux catégories des sujets atteints de pneumonies qui d'abord paraissaient être égales entre elles en étendue et en intensité. Je suis loin de prétendre cependant que c'est la saignée faite trop libéralement, qui a été cause d'une plus grande mortalité; je crois même qu'une pareille accusation serait tout à fait injuste; car dans les cas où les émissions sanguines ont été les plus fréquentes et les plus abondantes, celles-ci ne furent pourtant jamais disproportionnées aux forces des individus. Mais parmi les sujets qui ont succombé, la moitié environ était, sous le rapport de l'âge et de l'intensité des accidens, dans des conditions plus défavorables que ceux qui ont guéri : c'est ce qui explique en partie les résultats qui ont été obtenus.

Parmi les 150 malades qui ont guéri, il en est 69 chez lesquels la pneumonie a cédé aux émissions sanguines employées seules ou combinées avec l'emploi de quelques laxatifs doux et d'un vésicatoire appliqué sur les parois de la poitrine. La convalescence a commencé du cinquième au dix-septième jour, à dater du début des premiers accidens, terme moyen, elle commençait au douzième jour, était complétement assurée au treizième, et les malades ont pu reprendre leurs occupations un peu avant la fin du vingt-deuxième jour.

Chez les 81 malades qui nous restent, la saignée n'a pas été le seul moyen actif de traitement mis en usage. En effet, chez tous sans aucune exception, et à une époque plus ou moins éloignée du début, on leur administra quelque préparation antimoniale, tels que l'oxyde blanc et l'émétique : ce dernier médicament fut donné tantôt comme simple vomitif et pour remplir une indication évacuante, le plus souvent il fut administré à titre de contre-stimulant. Dans ces derniers cas, les préparations antimo-

niées ont été données après l'emploi des émissions sanguines, tantôt à une époque où celles-ci auraient pu être encore tentées avec avantage; d'autres fois les antimoniaux furent administrés lorsque les saignées ayant été poussées aussi loin que possible, l'état des forces ne permettait plus d'y recourir de nouveau sans les plus graves inconvéniens. Je reviendrai plus tard avec beaucoup de détails sur ces faits, lorsque je rechercherai quelle influence les préparations antimoniales ont exercée sur la marche, la durée et la terminaison des pneumonies. Qu'il nous suffise de constater pour le moment actuel que les émissions sanguines employées chez ces 81 malades n'avaient pu enrayer la marche de la pneumonie; que celle-ci avait continué à s'étendre et à s'aggraver, et que le seul amendement dont on était redevable aux émissions sanguines, consistait dans une diminution ou la cessation du point de côté chez la plupart, ainsi qu'un amendement proportionnellement moins considérable dans la dyspnée et l'oppression.

Ainsi en résumé sur les 232 malades dont je viens d'analyser les observations sous le rapport du traitement, nous en trouvons seulement 101, chez lesquels les émissions sanguines employées rationnellement et en général avec modération, ont suffi à elles seules pour amener la guérison de la maladie; dans tous les autres cas, la saignée n'a pu empêcher l'inflammation de faire des progrès plus ou moins rapides, par conséquent on peut établir, ou que les émissions sanguines n'ont eu aucune espèce d'influence sur la marche de la pneumonie, ou si elles ont eu un effet avantageux, ce que je regarde comme probable, ce n'est qu'en disposant l'économie à recevoir utilement l'influence de certains agens thérapeutiques, tels que les préparations antimoniales et l'émétique en particulier.

Les saignées ont été plus promptement utiles chez les malades du premier groupe que chez ceux que j'ai classés dans la deuxième série, résultat qui s'explique par deux causes, par la gravité moindre de la pneumonie chez les premiers, puisque la maladie n'avait pas encore dépassé le premier degré, et en outre parce que le traitement antiphlogistique fut commencé un jour plus tôt, circonstance qui, d'après les recherches de M. Louis et les miennes, abrège la durée de la maladie.

Si nous étudions les effets immédiats de la saignée sur la

marche de la pneumonie chez les 101 sujets où cette médication a été évidemment utile, nous trouvons que chez un septième des malades dont la pneumonie était encore au premier degré quand le traitement fut commencé, et que chez un douzième de ceux dont la maladie était déjà parvenue à l'hépatisation rouge, il a suffi de pratiquer une seule saignée pour produire constamment une amélioration considérable dans les symptômes généraux, tandis que les phénomènes d'auscultation ou de percussion avaient été à peine modifiés chez un tiers de ces malades. La saignée a surtout produit des résultats aussi avantageux que rapides dans deux circonstances, 1° lorsque la pneumonie bénigne, limitée à un petit espace, s'accompagnait de symptômes généraux peu graves, ou bien lorsque la saignée a été pratiquée à une époque déjà éloignée du début, et au moment où peut-être la maladie tendait déjà à décroître par les seuls efforts de la nature. Cependant j'ai vu chez deux malades une pneumonie récente qui s'annonçait par une réaction fébrile assez forte et par un râle crépitant entendu sur une large surface, être enrayée par une saignée de 500 grammes (1 livre), c'est-à-dire que la fièvre avait presque complétement cédé, le point de côté avait perdu de son intensité, les crachats de leur coloration jaune, sans pourtant que les phénomènes d'auscultation eussent été sensiblement modifiés. Lorsque plusieurs saignées furent pratiquées au même malade, un amendement survint généralement après chacune d'elles dans un ou plusieurs symptômes à la fois.

Aucune pneumonie, lorsqu'elle avait une certaine intensité, lorsque la fièvre qui l'accompagnait était vive, lorsque le traitement fut commencé à une époque rapprochée du début, ne put être enlevée ou *jugulée* par les émissions sanguines faites le plus largement possible. J'ai cité, il est vrai, précédemment des faits où l'on voit une seule saignée être suivie d'une grande amélioration, mais dans ces cas on ne peut pas dire que la maladie fût enlevée, puisque les phénomènes d'auscultation persistaient à peu près comme avant, et que les crachats avaient à peine perdu un peu de leur coloration. M. Louis avait déjà observé plusieurs faits semblables, et il avait reconnu qu'une circonstance qui avait pu en imposer aux praticiens, et leur faire croire qu'on jugule facilement l'inflam-

mation pulmonaire à son début au moyen de larges saignées, c'est que dans quelques cas, peu communs à la vérité, la saignée pratiquée à cette époque, est suivie d'une amélioration considérable dans les symptômes généraux et dans quelques symptômes locaux, la douleur et la dyspnée; mais les autres accidens persistent et même augmentent d'intensité et d'étendue après la première saignée, si elle a été pratiquée à une époque rapprochée du début; et si alors on n'examine pas le malade avec soin, on croit avoir jugulé une maladie dont on n'a réellement beaucoup diminué que le mouvement fébrile et quelques autres symptômes (1). Ainsi les faits que j'ai recueillis s'accordent avec ceux que M. Louis a analysés dans ses belles recherches sur les effets de la saignée; les uns et les autres prouvent en effet qu'on ne jugule pas les pneumonies par les émissions sanguines. M. Chomel a également reconnu que quels que soient les moyens qu'on oppose à la pneumonie, celle-ci a une période d'accroissement qui dure plusieurs jours, et pendant laquelle les saignées ne sont suivies que d'une rémission courte, à peine marquée, qui peut même manquer entièrement (2). Enfin Rasori a exprimé la même pensée lorsqu'il dit que la pneumonie a *toujours un cours nécessaire*, et que nonobstant une méthode active de traitement entreprise dès l'apparition des premiers symptômes on voit ceux-ci s'accroître pendant quelque temps (3). Ce témoignage est d'autant plus précieux qu'il vient d'un homme expérimenté, qui a pu apprécier tout ce qu'on peut attendre de la saignée dans la pneumonie, puisqu'il retirait assez souvent à ses malades plus de six kilogrammes de sang (12 livres) et qu'il administrait concurremment des doses énormes de remèdes contre-stimulans.

Après avoir apprécié le plus rigoureusement possible la part que les saignées ont eue dans la marche, la durée et le degré de mortalité de la pneumonie, je vais maintenant, à l'exemple de M. Louis, étudier en particulier l'influence que les émissions sanguines ont exercée sur la marche et la durée des principaux symptômes de la maladie, en ayant toujours soin de comparer mes résultats à ceux des observateurs qui m'ont précédé.

(1) *Recher. sur les effets de la saignée*, p. 58.

(2) *Dict. de Méd.* t. 17 pag. 242.

(3) Voir son Mémoire sur la Pneumonie. (*Bibliothèque de Thérapeutique*, par A. J. Bayle, Paris, 1828, t. I, pag. 198.)

1° *Douleur.*—La douleur de côté fut enlevée assez rapidement dès la première saignée, générale ou locale, chez la vingtième partie des sujets environ ; chez les neuf dixièmes elle avait seulement plus ou moins diminué d'intensité, elle céda beaucoup plus rapidement aux saignées locales qu'aux saignées générales; sa durée moyenne, *à partir du début*, a été de sept jours: il n'y a eu d'ailleurs aucun rapport entre sa cessation plus ou moins rapide et la quantité de sang qui fut retirée aux malades. Ces résultats s'accordent en grande partie avec ceux de M. Louis ; ainsi cet observateur n'a jamais vu la douleur être jugulée par la saignée lorsque celle-ci fut pratiquée pour la première fois dans les quatre premiers jours de la maladie; le point de côté qui augmenta souvent d'intensité après la première perte de sang, se trouva pourtant être un peu moins intense que la veille chez la majorité des malades, sa durée moyenne fut de six et huit jours dans la première série d'observations analysées par M. Louis, et de sept jours et demi dans la seconde. Il résulte de ces faits que les saignées modérées ont eu pour effet d'abréger beaucoup la durée du point de côté, puisque j'ai dit précédemment que dans les cas de pneumonies bénignes que j'ai soumises au traitement émollient seul, le point de côté ne céda *jamais spontanément* avant la fin du septième jour; il se prolongea plusieurs fois jusqu'aux vingtième, vingt-cinquième ou vingt-septième jour et eut une durée moyenne de quinze jours.

2° *Crachats.*—La saignée a exercé une influence moins directe et moins prompte sur les crachats, c'est ainsi que dans tous les cas où la première saignée fut faite dans les trois premiers jours d'une pneumonie *intense*, constamment je vis la matière expectorée conserver les caractères qu'elle avait avant la saignée, et même chez plus des deux tiers des malades la coloration jaune et la viscosité étaient devenues beaucoup plus considérables. Après le quatrième jour, une première saignée modifiait en général les caractères de l'expectoration. Celle-ci a cessé d'être caractéristique, terme moyen, vers le septième jour chez ceux qui furent saignés avant le cinquième jour, et au neuvième chez ceux qui furent saignés plus tard, résultats qui sont conformes à ceux de M. Louis. Les changements qu'on a remarqués dans la couleur, la consistance, la viscosité et les autres qualités des crachats n'ont été très évidens, très notables, que lors-

que la première saignée fut faite à une époque éloignée du début, c'est-à-dire vers le septième ou huitième jour. M. Louis expliquait cette circonstance en disant que dans ces cas la maladie touchait déjà à son terme naturel, ce qui me semble parfaitement juste, puisque nous avons vu déjà que chez les sujets dont la pneumonie était abandonnée à elle-même, les crachats avaient cessé spontanément d'être caractéristiques entre le neuvième et le dixième jour.

3° *Phénomènes d'auscultation.*—Dans aucun cas la saignée n'a pu juguler les phénomènes d'auscultation. Nous avons même dit précédemment que parmi les pneumonies au premier degré que j'ai observées ou traitées moi-même, il en est plus des deux tiers que les saignées même les plus abondantes, n'ont pu empêcher d'arriver au degré d'hépatisation. Dans tous les autres cas où la première saignée ne fut faite communément qu'après le sixième jour, les phénomènes d'auscultation ne furent pas sensiblement modifiés; ils commencèrent à décroître, terme moyen, entre le sixième et le septième jour chez les sujets qui furent saignés pour la première fois dans les quatre premiers jours; tandis que chez les malades qui furent saignés plus tard, la diminution des même phénomènes ne commença à être observée que vers le dixième jour. On voit d'ailleurs que la saignée, à quelque époque qu'elle ait été pratiquée, a paru abréger la durée des phénomènes stéthoscopiques, puisque nous avons dit plus haut que chez les malades auxquels on n'avait fait aucun traitement actif, ces mêmes symptômes ne commencèrent à décroître spontanément que vers la fin du deuxième septénaire.

4° *Accélération du pouls.*—Chez près d'un tiers de mes malades, j'ai vu la fréquence du pouls augmenter dans les vingt-quatre heures qui suivirent la première émission sanguine; ce phénomène fut observé le plus souvent chez des sujets dont la maladie ne datait que de deux ou trois jours. Chez tous les autres, c'est à dire dans les deux tiers des cas la première saignée fut suivie d'une diminution plus ou moins considérable dans l'accélération du pouls. Lorsque la première saignée fut faite dans les quatre premiers jours de la maladie, le pouls commença à décroître entre les cinquième et sixième jours, et avait repris sa fréquence normale au onzième jour; lorsqu'au contraire la première saignée fut pratiquée après l'époque que j'indique,

la fréquence du pouls commença à diminuer vers le neuvième jour, et cessa entièrement vers le treizième. On voit donc que l'accélération du pouls ne céda jamais brusquement aux émissions sanguines. M. Louis est arrivé aux mêmes conclusions, il a noté en effet que l'accélération du pouls avait persisté quatre, cinq, six, sept jours et plus après la première saignée quand elle fut faite du premier au sixième jour de l'affection, quelquefois même elle augmenta d'un jour à l'autre entre deux émissions sanguines. L'effet de la saignée sur le pouls paraissait à M. Louis plus marqué quand on la pratiquait au delà du terme indiqué, c'est-à-dire que dans un assez grand nombre de cas de cette espèce, le pouls devenait calme trois jours après l'ouverture de la veine, bien plus rarement après quatre à cinq jours; ce qui tient, suivant M. Louis, à ce que dans ces derniers cas, les saignées avaient été faites à une époque voisine de celle où le pouls, d'après la marche naturelle de la maladie, devait reprendre son calme habituel. Nous avons dit en effet que dans les pneumonies bénignes qu'on abandonnait aux forces de la nature, le pouls avait perdu toute sa fréquence à la fin du dixième jour. Ce que je viens de dire de l'accélération du pouls s'applique à peu près complétement à la chaleur de la peau.

En résumé, nous venons de nous convaincre que par l'emploi des saignées faites suivant la méthode rationnelle, on n'a pu juguler aucun des principaux symptômes de la pneumonie, si l'on en excepte pourtant la douleur de côté qui, dans quelques cas assez rares a cédé brusquement à une ou deux émissions sanguines. Comme MM. Louis et Chomel, j'ai trouvé que la saignée faite dans les premiers jours d'une pneumonie, ne produisait le plus souvent aucun amendement immédiat bien sensible, tandis que pratiquée à une époque plus éloignée, nous avons vu les émissions sanguines être suivies d'un soulagement plus prompt, plus évident; ce que nous avons expliqué d'après M. Louis, en disant que, dans ces cas, la maladie était plus ou moins rapprochée de son terme naturel; opinion qui a été confirmée par la comparaison que nous avons établie entre la durée des symptômes, dans les pneumonies abandonnées aux forces de la nature, et celles qui ont été combattues par les émissions sanguines.

Les résultats que je viens d'obtenir auraient-ils été plus avantageux, si au lieu de traiter les pneumonies par des saignées

modérées, on avait employé contre elles des saignées plus abondantes, si surtout on leur avait appliqué la formule des saignées coup sur coup? La chose n'est pas probable. Ayant en effet démontré plus haut que les saignées faites suivant la méthode jugulante n'avaient pas abrégé la durée totale de la pneumonie, il est certain qu'elles n'auraient pas eu un effet plus avantageux sur chaque symptôme en particulier. M. Bouillaud a pourtant soutenu l'opinion contraire; ayant avancé qu'on jugulait facilement les pneumonies, il devait nécessairement admettre que les saignées avaient la même influence sur chacun de ses symptômes en particulier. Pour le prouver, M. Bouillaud a opposé ses résultats à ceux que M. Louis avait obtenus, et a tiré de cette comparaison des conclusions favorables à l'emploi de sa méthode de traitement. Mais M. Bouillaud a eu encore ici le très grand tort de vouloir comparer entre eux des faits essentiellement dissemblables. On sait que lorsque M. Louis a étudié l'influence que la saignée avait exercée sur la marche et la durée du point de côté, des crachats et de la fièvre dans la pneumonie, il avait eu soin de calculer cette durée à *dater du moment* où ces symptômes s'étaient déclarés, jusqu'à leur cessation complète. Il est évident que, si on voulait comparer d'autres faits à ceux de M. Louis, il fallait, comme d'ailleurs je l'ai fait moi-même, compter de la même manière, sous peine d'arriver à des conclusions inexactes; c'est pourtant ce que n'a pas fait M. Bouillaud. Ce médecin a en effet calculé la durée de la douleur de côté, des crachats rouillés, des phénomènes stéthoscopiques, et de la fièvre, à *dater du jour où le traitement* fut commencé, c'est-à-dire que M. Bouillaud n'a encore tenu aucun compte de tout le temps que les malades avaient passé hors de l'hôpital (1). On conçoit que cette manière de procéder était tout à l'avantage de sa méthode, sans cependant en démontrer l'efficacité.

Afin d'avoir des termes de comparaison parfaitement semblables à ceux indiqués par M. Louis, j'ai étudié les faits de M. Bouillaud, et j'ai calculé la durée de chacun des symptômes principaux de la pneumonie, de la même manière que je l'avais fait pour mes propres observations, c'est-à-dire en tenant compte du

(1) Voir son tableau. *Clin.* t. 2, p. 212

nombre de jours qui s'étaient écoulés à dater du moment où ces symptômes s'étaient montrés pour la première fois jusqu'à leur entière disparition. Examinés sous ce point de vue, les faits de M. Bouillaud ont donné les résultats suivants. La douleur de côté, qui fut plus ou moins vive, a eu une durée moyenne de sept jours environ, chiffre qui diffère à peine de celui que M. Louis avait trouvé (sept jours et demi) et de celui que m'a fourni l'analyse de mes propres observations (sept jours). Chez les malades de M. Louis qui furent saignés dans les quatre premiers jours de la maladie, la durée moyenne du point de côté fut de six jours; le même résultat a été obtenu pour les malades de M. Bouillaud, ainsi que pour ceux de M. Briquet qui a généralement saigné un peu plus que nous, et un peu moins que M. Bouillaud.

Les crachats sont restés caractéristiques chez les malades de M. Bouillaud entre sept et huit jours. Lorsque la première saignée fut pratiquée avant le cinquième jour, l'expectoration jaune, rouillée eut une durée moyenne d'environ sept jours, cette durée fut entre neuf et dix jours, chez ceux qui furent saignés après cette époque. Ces résultats, comme on le voit, sont à peu de chose près les mêmes que ceux qui ont été indiqués par M. Louis et par nous-même.

Chez les malades observés par M. Bouillaud, le pouls n'est revenu à son degré de fréquence normale qu'après le onzième jour. Lorsque la première saignée fut faite dans les quatre premiers jours de la maladie, la fréquence du pouls avait complétement cessé vers le dixième jour, tandis que dans nos observations nous l'avions notée jusqu'au onzième. Lorsqu'au contraire, la première saignée fut pratiquée après le quatrième jour, le pouls resta plus ou moins fréquent, terme moyen, jusqu'au quatorzième jour, chez les malades de M. Bouillaud; jusqu'au treizième, chez les nôtres et chez ceux de M. Louis.

Il me serait difficile d'apprécier rigoureusement quelle a été la durée des pneumonies d'auscultation dans les faits publiés par M. Bouillaud, attendu que si cette exploration a été convenablement faite, ce dont je ne doute pas; les résultats qu'elle a fournis vers la convalescence ont été du moins généralement indiqués assez vaguement; toutefois il est bien probable que les saignées coup sur coup n'ont pas eu plus d'efficacité pour enlever les

symptômes fournis par la percussion et l'auscultation, qu'elles n'en ont eu, pour abréger la durée des crachats, du point de côté, et pour rendre au pouls sa fréquence normale (1).

Il résulte de ce qui précède que les faits de M. Bouillaud analysés d'après les mêmes principes, les mêmes règles fixes que mes observations, et que celles de M. Louis, ont fourni des résultats à peu près identiquement les mêmes que ceux qui sont consignés dans les recherches sur les effets de la saignée. Ainsi donc, les faits de M. Bouillaud, loin de prouver la supériorité de la formule jugulante, en démontrent au contraire, l'impuissance; ils prouvent que les saignées très abondantes, et le plus souvent faites sans mesure, n'ont pas pour effet, comme le dit M. Bouillaud, d'abréger la durée des principaux symptômes de la pneumonie, et par conséquent d'abréger la durée de la maladie elle-même. M. Bouillaud n'a soutenu l'opinion contraire que parce qu'il a voulu comparer des faits qui n'étaient pas comparables entre eux; il a fait des calculs suivant son bon plaisir, sans s'astreindre aux mêmes règles fixes que les personnes qu'il voulait combattre, tantôt donnant la durée du traitement pour la durée de l'affection, tantôt, enfin, rapportant dans la convalescence, une période qui devait encore compter dans la maladie elle-même, puisque ni la fièvre, ni les symptômes caractéristiques de l'affection n'avaient pas encore complétement cédé.

Je crois qu'il est maintenant bien démontré, que la méthode préconisée par M. Bouillaud, ne diminue point le chiffre de la mortalité dans la pneumonie, qu'elle n'a pas sur les méthodes ordinaires l'avantage d'en abréger la durée, de faire cesser plutôt les principaux symptômes qui la caractérisent. En un mot, et pour me résumer, je crois avoir prouvé, par l'analyse des faits, que M. Bouillaud qui a retiré à ses malades, dont il cite les observations dans sa clinique, une moyenne de 2 kilogrammes 156 grammes de sang (4 livres 5 onces), n'a pas obtenu

(1) Les faits que je viens d'analyser sont ceux publiées dans la Clinique Médicale de M. Bouillaud, t. 2. Je n'ai pas tenu compte des 3 premiers qui eurent une issue funeste, ni des 4 derniers dont la maladie très bénigne eût guéri sans traitement. Cette analyse a été difficile à faire, et n'a pu porter sur tous les faits faute de détails suffisans.

de résultats plus favorables que nous, dont les malades ont à peine perdu en moyenne 1 kilogramme 250 grammes de sang (2 livres et demie), de sorte qu'on peut établir que M. Bouillaud a retiré à chacun de ses malades tout à fait inutilement, sans aucune espèce d'avantage, pour eux, une quantité moyenne de sang qu'on peut évaluer à 1 kilogramme (2 livres).

Mais cet excès dans la médication ne doit-il être considéré que comme inutile? Croit-on qu'il soit absolument indifférent de faire subir à un malade une perte considérable de sang qu'on aurait pu lui éviter. Nulle personne n'oserait soutenir une pareille proposition ; car elle répugne à la raison, et elle est contraire à l'expérience de tous les jours. Une saignée intempestive doit avoir sur l'individu qui en est victime, le même effet que produirait une hémorrhagie traumatique; l'influence est d'autant plus fâcheuse, ses effets se feront sentir pendant un temps d'autant plus long, que le sujet a déjà éprouvé plusieurs autres causes d'affaiblissement provenant de la maladie et du traitement nécessaire pour la combattre.

Il eût été très intéressant de pouvoir comparer la longueur de la convalescence chez les malades de M. Bouilland, et chez ceux que j'ai observés ou traités moi-même; mais j'ai déjà dit que les faits rapportés par M. Bouillaud ne pouvaient être utilisés pour cette comparaison. Que ce médecin ne m'objecte pas qu'on peut avoir une mesure de la durée de la convalescence par l'époque où les malades quittent l'hôpital ; car nous savons tous, combien il y a d'individus qui sortent de nos salles avant leur entier rétablissement, les uns par ennui, les autres par le désir de manger davantage, etc. D'ailleurs M. Bouillaud est moins bien placé qu'un autre pour étudier les effets dont je parle ; professeur de clinique, n'ayant qu'un petit nombre de lits, forcé de faire passer sous les yeux de ses élèves le plus grand nombre de cas possible, il lui est souvent difficile de conserver aussi longtemps qu'il le désirerait peut-être, des malades dont la convalescence se prolonge trop longtemps.

On a vu par l'analyse des faits que j'ai présentée, que les saignées sont très utiles dans le traitement de la pneumonie ; que c'est un moyen dont il faut user toutes les fois qu'il n'est pas formellement contre indiqué; mais l'utilité des évacuations sanguines a des bornes, et il ne faut pas s'habituer à croire

que c'est un moyen infaillible. M. Louis a dit à peu près la même chose ; il a reconnu également « que les émissions sanguines avaient une heureuse influence sur la marche de la pneumonie, qu'elles en abrégeaient la durée, que cependant cette influence est beaucoup moindre qu'on se l'imagine communément (1). » Cependant, malgré cette déclaration, beaucoup de personnes répètent encore que M. Louis conteste tout à fait l'utilité des saignées dans la pneumonie. C'est là, comme on voit, une de ces nombreuses calomnies, qu'un homme distrait ou peut-être de mauvaise foi ayant le premier accréditée, se trouve ensuite colportée par cette foule moutonnière qui ne répète que ce qu'elle entend dire, mais sans jamais se donner la peine d'en vérifier l'exactitude.

M. Louis, en s'exprimant comme il l'a fait, n'a-t-il pas été plus conséquent avec les faits de chaque jour que ces médecins qui, dans leur enthousiasme, viennent nous comparer les effets de la saignée dans la pneumonie à celui du quinquina dans la fièvre intermittente. Peut-on assimiler deux choses si différentes ? on ne devrait jamais se permettre de pareilles exagérations, car beaucoup de personnes, les prenant pour des réalités, conçoivent des espérances qui sont déçues dans un grand nombre de cas, et à supposer que les malades n'en soient point victimes, l'amour-propre et souvent même la considération du médecin peuvent en souffrir, en voulant prédire des effets qui ne sont point calculables.

Pour me conformer à l'usage, je viens d'employer quelquefois dans cette discussion le mot *juguler*; c'est bien à regret si je l'ai fait, car c'est une expression barbare et indigne du langage scientifique ; mais les partisans des saignées coup sur coup s'en servent habituellement aujourd'hui, pour nous donner une idée des effets *merveilleux* produits par leur méthode. Juguler une maladie, ce serait la dompter de suite ; ce serait la guérir brusquement, et nous venons de voir que les saignées ne produisent pas un pareil effet ; aussi M. Bouillaud consent à ranger au nombre des pneumonies jugulées, toutes celles qui cèdent avant le septième jour, à compter du traitement. Pour proclamer un résultat aussi vulgaire, il n'est certes

(1) *Rech. sur les effets de la saignée*, Paris, 1835, *p.* 62.

pas besoin de se servir d'une expression aussi prétentieuse; les mots métaphoriques ou hyperboliques sont toujours déplacés dans le langage de la science, car ils ne sauraient jamais exprimer des idées parfaitement justes, et l'on trouve malheureusement beaucoup de gens crédules qui les prennent à la lettre.

## ARTICLE III.

### Traitement de la pneumonie par les préparations antimoniales. — Historique. — Appréciation des travaux antérieurs.

Dès que les préparations antimoniales furent introduites dans la thérapeutique, on vit les médecins en essayer l'emploi dans les différentes affections de poitrine, et en particulier dans la pneumonie et dans la pleurésie; des succès incontestables furent obtenus ; mais quelques revers que la malveillance et la passion exagérèrent, restreignirent bientôt l'usage de ce médicament héroïque. Cependant, même à l'époque où les parlemens et les facultés de médecine se liguèrent pour le proscrire, il ne cessa pas d'être employé par un grand nombre de médecins dans le traitement des inflammations pulmonaires; le tartre stibié, le kermès, l'antimoine diaphorétique étaient les trois préparations qui étaient le plus fréquemment conseillées dans les maladies de poitrine. L'émétique était généralement administré à titre d'évacuant du tube digestif; c'était surtout la pratique de Rivière, et plus celle tard de Stoll et de plusieurs autres; mais l'émétique, le kermès et l'antimoine diaphorétique étaient aussi donnés à haute dose, ou d'une manière fractionnée et comme altérant. C'est ainsi qu'on trouve dans l'ancien *Formulaire* des hôpitaux de Paris, imprimé en 1767, la formule d'une potion dite *in pleuritide* et *in peripneumonia*, composée de 16 grammes d'antimoine diaphorétique (oxyde blanc, antimoniate de potasse) suspendus dans 125 grammes de suc de bourrache. Vers cette même époque, Richter préconisait aussi comme un spécifique dans la pleurésie et la pneumonie, une potion contenant 15 centigrammes d'émétique dans 375 grammes de véhicule; on la donnait par cuillerée à bouche toutes les deux heures, et en cas de vomissement, toutes les heures; ainsi le malade prenait un peu plus d'un centigramme d'émétique par heure.

Hufeland (1) a invoqué cette recette pour revendiquer en faveur de l'école de Gœttingue la méthode italienne des contre-stimulistes dont je parlerai bientôt ; mais il est inutile de faire observer ici que ces prétentions ne sont nullement fondées. L'on peut donc dire d'une manière générale qu'avant la fin du XVIIIe siècle, le tartre stibié qu'on employait fréquemment contre les pneumonies, avait moins pour effet de s'opposer à la phlegmasie elle-même, que de combattre une complication bilieuse ou de remplir tout autre indication inspirée par les théories humorales de l'époque.

Il y a déjà plus de quarante ans, Rasori, guidé par des idées spéculatives, et ayant prouvé expérimentalement qu'il existait contrairement à l'assertion de Brown, des remèdes débilitans absolus, fut conduit par une série de raisonnemens, à employer l'émétique d'une manière tout à fait inusitée et contraire aux opinions généralement reçues. Le célèbre professeur de Milan démontra en effet : 1° que la pneumonie pouvait être traitée par l'émétique depuis son début jusqu'à sa terminaison ; 2° que ce médicament formait le principal et quelquefois même le seul moyen curatif de cette maladie ; 3° qu'on pouvait diminuer par son seul usage le nombre des saignées et qu'on pouvait même quelquefois se dispenser d'en faire ; 4° que l'émétique pouvait être administré à des doses que les praticiens les plus hardis n'avaient jamais songé à atteindre, puisque Rasori donnait douze décigrammes (24 grains), quatre, huit et douze grammes (1, 2, 3 grains) dans les 24 heures; 5° que la quantité d'émétique qu'on employait pendant le cours de la maladie s'élevait assez souvent à plus de soixante-deux grammes (2 onces) ; 6° enfin Rasori démontra que des doses d'émétique aussi énormes ne produisaient ni vomissemens, ni évacuations alvines abondantes, ni aucune grave altération dans les organes digestifs (2). C'est sur cette manière aussi nouvelle que hardie d'administrer l'émétique, et quelques autres médica-

(1) *Journ. de Hufeland*, 1824.

(2) Delle peripneu. infiam. e del curarle principal. col tartaro stibiato. (*Opuscoli di medcina clinica*, Milano, 1830, t. 2, p. 129), trad. dans le t. 4 des Arch. Gén. de Méd. pag. 300 et 415. — et dans la *Biblioth. de thérapeutique* de Bayle. Paris, 1828, t. 1, p. 198.

mens que Rasori fonda toute une méthode thérapeutique, dite méthode contre-stimulante ou du contre-stimulisme. Il supposa que la vie était le résultat de deux forces également actives, mais opposées, qui se contre-balançaient dans l'état de santé, tandis que la prédominance de l'une d'elles entraînait nécessairement un état de maladie; ces deux forces sont désignées par les mots de *stimulus* et de *contre-stimulus;* la stimulation et la contre-stimulation étant l'effet de ces forces mises en jeu. Lorsque l'une d'elles est en excès, elle produit un état morbide que l'école italienne nomme *diathèse*, et donne à l'économie *l'aptitude* de supporter impunément des doses considérables de médicamens très actifs destinés à rétablir l'équilibre. Les contre-stimulans tels que l'émétique, l'acide cyanhydrique, la digitale, etc., sont donc des agens ou des puissances qui produisent sur l'organisme des modifications opposées à celles qui résultent de l'action du stimulus; ces résultats s'opèrent souvent sans qu'il y ait aucune évacuation, tel est l'émétique qui, donné à haute dose dans le cours d'une pneumonie, ne provoque souvent ni vomissements ni selles. Les contre-stimulistes disent alors qu'il y a *tolérance*.

J'ai exposé le plus succinctement possible les principes de la doctrine italienne, afin de familiariser de suite le lecteur avec des expressions dont elle a consacré l'usage. Il est facile de se convaincre que la théorie du contre-stimulisme ne s'appuie que sur des idées purement spéculatives ; mais les faits qui l'ont inspirée sont vrais, et leur connaissance a opéré dans la thérapeutique une véritable révolution. Toutefois on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'un grand nombre d'observations rapportées par Rasori, ne peuvent être invoquées comme prouvant l'efficacité de l'émétique à haute dose ; car ce remède était généralement employé concurremment avec des émissions sanguines copieuses, puisqu'il n'était pas rare de voir Rasori retirer à ses malades, durant tout le cours d'une pneumonie, quatre, six et sept kilogrammes de sang (8, 12, 14 livres) pendant qu'il leur administrait plus de soixante-deux grammes d'émétique. On concevra qu'en pareil cas, il est impossible de faire la part qui revient à chacun des agens thérapeutiques. Cependant Rasori a cité un relevé de soixante-seize cas de pneumonie dans lesquels il a donné

des doses considérables de remèdes contre-stimulans sans employer concuremment les saignées générales ou locales; sur ce nombre, il n'a perdu que neuf malades. Ces faits prouvent d'une manière incontestable l'action avantageuse qu'on peut retirer de l'émétique employé suivant la méthode italienne; mais Rasori observe que celle-ci ne réussit que dans les pneumonies qui ne sont pas fort graves, tandis que dans celles qui sont plus intenses, les saignées plus ou moins copieuses sont nécessaires pour abattre l'excès du stimulus. Nous verrons dans la suite que cette opinion de Rasori comporte quelques exceptions. Quant aux pneumonies qui ont été traitées concurremment par l'émétique et les saignées copieuses, Rasori a publié à ce sujet plusieurs documens comprenant la statistique des deux cliniques militaire et civile dont il était chargé. Il résulte de son dernier rapport qu'ayant soigné pendant trois années 648 pneumonies à l'hôpital civil, et 180 à l'hôpital militaire, la mortalité fut de vingt-deux pour cent dans le premier et de quatorze et demi dans le second (1); résultats qui ne semblent pas très favorables; mais il faut peut-être l'attribuer à ce que Rasori employait sa méthode avec une énergie qui heureusement aujourd'hui ne compte guère d'imitateurs.

Comme on le pense bien, cette pratique si hardie de Rasori fit une grande sensation en Italie, et quoiqu'elle rencontrât dès sa naissance un grand nombre d'adversaires ou d'incrédules, les praticiens du plus grand mérite, et en particulier Tommasini (2) et Ambri (3), à Parme, se livrèrent à quelques expériences, et vinrent bientôt confirmer publiquement l'efficacité de la méthode nouvelle qui compte toujours de nombreux prosélytes en Italie, parmi lesquels se distingue aujourd'hui le savant Giacomini, professeur de clinique à Padoue (4).

La pratique de Rasori n'était pas encore connue dans le reste,

(1) *Quadro delle peripneumonie*, (*Opuscoli di medicina clinica*, Milano, 1830, t. 2, p. 205).

(2) *Sul l'azione deprimente e contro stimulente di alcuni rimadi. mem.* 11, *Litta il Maggio,* 1809. *V. Giorn. della societa. M. C. d Parma.*, vol. VII.

(3) *Opera. med. prat. et anat. patol. fatte nello spedale civile di Parma lette in nov.* 1809.

(4) *Traité phys. et expér. de matière méd. et de thér.*

de l'Europe, ou du moins elle l'était à peine lorsque Peschier de Genève, pendant cinq années consécutives qu'il a exercé la médecine dans le canton de Vaud, où les pneumonies, dit-il, sont fréquentes, et dans le cours de deux épidémies graves, affirme que pendant que ses confrères perdaient un grand nombre de malades en suivant les méthodes ordinaires de traitement, il eut la satisfaction de guérir tous ceux qui se confièrent à lui, et la guérison s'opéra promptement sans rechutes et sans aucun accident. Ces résultats furent obtenus par l'administration du tartre stibié à haute dose, sans employer préalablement ou concurremment les émissions sanguines. Peschier fut conduit à ce traitement par des idées spéculatives qu'il est inutile d'indiquer et de combattre. Il a donné une relation de sa méthode dans la *Bibliothèque de Genève* (1), et postérieurement à cette première publication, il recueillit de nouveaux faits qui lui étaient favorables; il finit enfin par proscrire tout à fait la saignée du traitement de la pneumonie, et affirma de nouveau que, par le tartre stibié donné à haute dose (c'est-à-dire de trois à huit décigrammes dans les vingt-quatre heures), il avait guéri tous ses malades, à l'exception d'un seul, qui prit trop tard ce médicament héroïque (2).

Les faits rapportés par Peschier n'ont pas toute la valeur qu'on leur attribue généralement. Je crois bien que, par l'émétique seul, le médecin génevois a dû guérir plusieurs pneumonies; mais ces guérisons sont beaucoup moins nombreuses qu'on le suppose. Peschier confondait, en effet, non-seulement les pleurésies et les pneumonies; mais il rangeait sous le titre d'inflammation de poitrine, toutes les maladies avec ou *sans fièvre*, accompagnés d'une toux et d'une douleur de côté fixe ou vague, et il leur opposait un même mode de traitement. Il est donc certain qu'un grand nombre des individus dont Peschier parle, n'avaient que des pleurodynies, des bronchites ou des pleurésies; c'est ce qui explique les succès de sa méthode, succès qui, sans cette circonstance, auraient pu paraître presque miraculeux; car personne n'en a encore obtenu de pareils par aucune méthode.

(1) *Bibliot. univ. de Genève, sciences et arts*, t. XX, p. 142.

(2) *Gazette de santé*, 5 et 15 septembre, 1825.

Laënnec fut le premier médecin qui expérimenta sérieusement en France la méthode Rasorienne (1) ; ses recherches, commencées en 1817, furent poursuivies jusque vers la moitié de 1826, époque de sa mort. Quoique Laënnec ait guéri plusieurs fois et rapidement des pneumonies intenses par l'émétique seul et sans avoir recours à la saignée, il conseille néanmoins, pour peu que les malades soient en état de la supporter, de leur tirer 500 grammes de sang (1 livre), rarement il faisait réitérer l'émission sanguine. Laënnec regardait celle-ci comme un moyen d'enrayer momentanément l'orgasme inflammatoire et de donner le temps au tartre stibié d'agir. Immédiatement après la saignée Laënnec, donnait une première dose d'émétique de cinq centigrammes (1 grain) dans soixante-dix grammes (ou un demi verre) d'infusion de feuilles d'oranger légère et froide, édulcorée avec seize grammes de sirop de guimauve ou de fleurs d'oranger : la même dose était répétée de deux en deux heures, jusqu'à ce que le malade en eût pris six ; il le laissait ensuite reposer pendant sept à huit heures si les accidens n'étaient pas urgens, et s'il éprouvait quelque penchant au sommeil ; mais si la pneumonie était déjà avancée ou si elle était double, si l'oppression était forte, si la tête se prenait, Laënnec faisait continuer le tartre stibié sans interruption, de deux heures en deux heures, jusqu'à ce qu'il y eût un amendement dans les symptômes, et que l'amélioration fût indiquée par les signes stéthoscopiques. Quelquefois même, si la plupart des circonstances aggravantes que je viens d'indiquer se trouvaient réunies, Laënnec portait chaque dose d'émétique à sept centigrammes et demi, ou à un décigramme, et même à douze centigrammes et demi, toujours dans la même quantité de véhicule. On voit que Laënnec ne prescrivait jamais plus de quinze décigrammes d'émétique par jour (30 grains). Sa pratique différait donc notablement de celle de Rasori ; mais elle se rapprochait de celle adoptée par Tommasini qui, comme Laënnec, débutait en général par donner trois ou quatre décigrammes (6 à 8 grains) d'émétique et dépassait rarement sept (14 grains) ; la seule différence, c'est que le médecin italien employait un excipient moins abondant, puisqu'il suspendait la dose d'éméti-

(1) *Auscultation*, 4e édit., t. I, p. 610.

que indiquée, dans 125 grammes seulement (4 onces) de liquide (1). Laënnec avait pour habitude, lorsque l'émétique provoquait des évacuations le deuxième jour de son administration, d'ajouter aux six doses, qui devaient être prises dans les vingt-quatre heures, trente-un, ou soixante-deux grammes (1 à 2 onces) de sirop diacode.

C'est en suivant cette méthode que Laënnec est parvenu à obtenir des succès qu'il n'avait jamais eus, ni par les saignées, ni par aucun autre mode de traitement : il n'a tenu aucune note exacte sur les malades avant l'année 1824, mais il affirme qu'il ne se rappelle pas avoir perdu un seul de ses pneumoniques qui aurait pris le tartre stibié assez long-temps pour en éprouver les effets. Ayant traité, en 1824, à la clinique de la faculté, vingt-huit pneumonies simples ou compliquées d'un léger épanchement pleurétique, mais graves pour la plupart, il vit tous les malades guérir, à l'exception d'un septuagénaire cachectique. Dans le cours de 1825, Laënnec traita trente-quatre pneumonies, dont cinq succombèrent; mais il est juste de défalquer de ce nombre deux femmes apportées agonisantes à l'hôpital, et qui ne prirent que deux ou trois doses d'émétique; deux autres malades étaient atteints, l'un d'une maladie organique du cœur, l'autre d'une pleurésie chronique, et succombèrent à ces affections dans la convalescence de la pneumonie. Reste un vieillard de soixante-onze ans qui succomba au dixième jour du traitement par l'émétique. Laënnec en conclut que sur cinquante-sept pneumonies qu'il a traitées par le tartre stibié à haute dose, il n'a perdu que deux septuagénaires, ce qui donne un peu moins d'un mort sur vingt-huit.

Ces résultats ne sont peut-être pas aussi favorables à l'administration de l'émétique que le pensait Laënnec. Je crois d'abord qu'il faut considérer à peu près comme non avenus les résultats qu'il aurait obtenus avant l'année 1824, époque avant laquelle l'administration de l'émétique aurait toujours été couronnée de succès : il est impossible en effet d'attacher la moindre confiance à des faits thérapeutiques qui ne reposent que sur des souvenirs plus ou moins confus ; d'ailleurs, je crois

(1) *Revue méd.*, mai, 1825.

que Laënnec a été mal servi par sa mémoire, puisqu'un de ses élèves, le docteur Delagarde, a précisément publié plusieurs observations de pneumonies recueillies dans le service de ce professeur en 1822, et 1823; maladies qui eurent une issue funeste, malgré l'administration du tartre stibié (1).

Les résultats obtenus en 1824 et 1825 ont une tout autre valeur, puisque Laënnec les a appuyés par des chiffres; cependant ils manquent de renseignemens suffisans pour leur donner le degré de certitude qu'ils devraient avoir. Comme M. Louis a déjà eu soin de le faire remarquer (2), Laënnec ne donne aucun détail sur l'âge des sujets, sur le nombre des saignées qui leur furent faites, sur l'époque à laquelle on les fit, sur celle à laquelle le tartre stibié fut administré, sur la durée moyenne de la maladie dans ces cas. Une autre remarque encore plus importante faite aussi par M. Louis, c'est que dans un certain nombre de cas, Laënnec s'en remettait à l'auscultation exclusivement, pour lui indiquer l'existence des pneumonies; la crépitation, indépendamment de tout autre symptôme local, lui paraissait suffire pour arriver d'une manière sûre au diagnostic de cette affection, en sorte qu'il a dû admettre des cas de pneumonie chez des individus qui n'offraient que de la crépitation sans crachats rouillés, sans une altération plus ou moins profonde du bruit respiratoire, sans un degré quelconque d'obscurité du son du thorax dans un point de son étendue; peut-être aussi dans un certain nombre de cas Laënnec a-t-il pris pour une pneumonie un simple catarrhe pulmonaire aigu, qui atteignait les dernières ramifications des bronches et s'accompagnait de râle sous-crépitant.

Ces objections de M. Louis sont parfaitement justes, et l'on peut dire qu'elles ont été depuis justifiées par l'aveu d'un élève et d'un parent de Laënnec lui-même. M. le docteur Mériadec, Laënnec dit, en effet, qu'en consultant ses notes, il avait reconnu que le quart au moins des cinquante-sept pneumonies observées par son cousin, et surtout des trente-quatre traitées en 1825, étaient tellement légères que la diète, le séjour au lit et quelques sangsues ou une petite saignée, auraient

(1) *Archives*, t. IV, p. 481.

(2) *Recherc. sur les effets. de la saignée*, p. 64.

suffi pour les guérir. Il croit qu'en ne tenant compte que des pneumonies bien prononcées, et dans lesquelles le traitement a eu le temps d'agir, la mortalité aurait dû être fixée à un sur vingt ou même dix-huit (1). Ce chiffre est encore, comme on voit, très favorable à l'émétique ; mais il est probable que si nous possédions plus de renseignemens sur tous ces faits, nous retrouverions également quelque autre circonstance pour expliquer des succès qu'il est, en effet, fort rare d'obtenir, et qui ne peuvent se rencontrer que momentanément sous l'influence de certaines constitutions médicales.

M. Bouillaud a aussi contesté récemment l'exactitude des résultats de Laënnec ; il a publié, dans deux de ses ouvrages (2), un tableau qu'il donne comme exact, des guérisons et des décès, parmi les pneumoniques reçus dans le service de Laënnec, pendant les années 1825 et 26. Il résulterait de ce document, qui a été livré à M. Bouillaud par un ancien externe de la Charité, attaché au service de Laënnec, que celui-ci aurait perdu par sa méthode, les deux cinquièmes de ses malades. M. Bouillaud n'ose pas en conclure que Laënnec ait voulu tromper, mais il pense qu'il a fait ses relevés sur des notes peu exactes. Pour moi, si j'avais la conviction qu'a M. Bouilland, que le document qu'on lui a fourni est exact, je n'hésiterais pas à dire que Laënnec a donné sciemment des résultats menteurs. Comment supposer, en effet, que Laënnec, exposant, à la fin de 1825, les résultats qu'il avait obtenus durant l'année par l'émétique, dans le traitement de la pneumonie, ait pu indiquer une mortalité de un sur trente, tandis que, d'après l'ami de M. Bouillaud, elle aurait été de plus de moitié, ou de neuf sur dix-sept? A supposer que les notes de Laënnec eussent été inexactes, ses souvenirs étaient assez récens pour l'empêcher de commettre une erreur qui était impossible, si elle n'était volontaire. Non, Laënnec n'a point menti ; mais M. Bouillaud, ayant à choisir entre deux témoignages, l'un, d'un homme aussi éminent que l'auteur de l'auscultation, et qui mérite bien d'être cru sur parole, l'autre d'un médecin honorable sans doute, mais dont le nom est tout à fait inconnu, a opté cependant pour ce dernier, par

(1) *Auscult.*, t. II, p. 615, note.

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII, p. 398, *et phil. méd.*, p. 255.

cela seul qu'il y trouvait une nouvelle occasion d'exalter sa méthode et de déprécier celle de Rasori. Quant à moi, je soutiens au contraire que le tableau qu'on a livré à M. Bouillaud ne peut être exact, et il est facile de le prouver. D'abord Laënnec nous parle de trente-quatre malades qu'il aurait traités en 1825, et le tableau officieux n'en indique que dix-sept. Est-ce encore Laënnec qui a enflé son chiffre d'admission volontairement ou d'après des notes inexactes? n'est-ce pas plutôt l'ami de M. Bouillaud qu'il faut accuser de distraction ou de négligence? je n'hésite pas à le croire ; car les résultats de Laënnec pour l'année 1825 ont été contrôlés par un homme honorable et instruit, par M. le docteur Mériadec Laënnec qui paraît avoir recueilli des notes assez exactes sur les malades observés à cette époque, puisque nous avons vu précédemment ce médecin expliquer en partie les succès de son maître, par le grand nombre de pneumonies bénignes qu'il avait traitées. Il est certain que si Laënnec avait dissimulé quelques insuccès, son cousin n'eût pas manqué de les signaler. J'ai cru devoir réfuter un document que M. Bouillaud a eu le très grand tort d'accepter avec trop de confiance ; car, s'il eût pu être authentique, il eût porté certainement une grave atteinte à la véracité de Laënnec. Mais heureusement de pareilles imputations ne sauraient ternir la gloire impérissable d'un des plus grands génies, et disons mieux, d'un des hommes les plus utiles qui honora jamais l'école française.

M. Louis est le médecin qui jusqu'à ce jour a publié les faits les plus concluans en faveur de l'administration de l'émétique à haute dose dans la pneumonie ; car il a recherché la valeur de ce mode de traitement, en appliquant à son étude cette méthode rigoureuse dont il a le premier donné les préceptes et l'exemple, et sans laquelle les travaux thérapeutiques ne sauraient avoir aucune espèce de certitude. M. Louis rapporte que de vingt malades atteints de pneumonie, auxquels l'émétique fut donné dans des circonstances graves, trois seulement succombèrent, et ces sujets avaient de 60 à 70 ans. Ces résultats sont d'autant plus favorables que les malades se trouvaient dans des conditions très fâcheuses lorsque l'émétique leur fut administré. En effet, ils avaient été déjà saignés plusieurs fois, et cependant la maladie avait persisté en prenant plus d'intensité et était déjà

arrivée, terme moyen, au huitième jour ; ajoutons enfin que les sujets qui prirent le tartre stibié étaient généralement plus âgés que ceux qui n'en prirent pas, de manière que ces derniers n'avaient, terme moyen, que 31 ans, et les autres 45. Enfin l'heureuse influence de l'émétique a été encore démontrée par les changements qui suivirent presque immédiatement l'administration du tartre stibié; dès le lendemain, en effet, quinze des dix-sept sujets qui en prirent se trouvèrent un peu mieux ou beaucoup mieux, ayant sensiblement plus de force, la physionomie meilleure, la respiration moins gênée ; en outre treize d'entre eux, dont la poitrine rendait un son plus ou moins complétement mat dans une certaine étendue, lorsque l'émétique fut administré, offraient dès le lendemain, une amélioration notable sous ce rapport, et ces améliorations diverses persistaient en faisant tous les jours des progrès (1).

D'autres travaux ont encore été publiés en France sur l'efficacité de la méthode Rasorienne dans le traitement de la pneumonie. Indépendamment des observations isolées et très nombreuses qui, depuis 15 ans, ont été insérées dans nos recueils périodiques, la science s'est enrichie de quelques autres travaux intéressants à divers titres ; parmi eux, je citerai les recherches de M. le docteur Danvin, aujourd'hui médecin à St-Pol, département du Pas-de-Calais (2); celles de M. Ambroise Laënnec, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes (3), qui paraît n'avoir perdu qu'un malade sur treize. M. le docteur Téalier, dans son ouvrage sur le tartre stibié, dit aussi avoir reconnu, par des observations multipliées, que l'émétique à haute dose était le mode de traitement le plus efficace et le plus expéditif (4). Il est à regretter que M. Téalier se soit contenté de citer quelques faits isolés; il eût été préférable qu'il analysât toutes ses observations, et qu'à l'exemple de M. Louis, il eût précisé le chiffre de ses succès, et quelle avait été la rapidité de la convalescence. M. le docteur Rayer a aussi publié, il y a quelques années, un article fort remarquable sur l'antimoine (5). Ce travail eût été complet si l'au-

(1) *Mém, sur les effets de la saignée*, p. 51.

(2) *Journ. hebd. de médecine*, 1830.

(3) *Journ. de la société de la Loire Inférieure*, 3e liv., sept. 1825, *et Auscult.*, t. I, p. 619.

(4) *Du tartre stibié*, Paris, 1832, p. 228.

(5) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 57.

teur s'était étudié davantage à appuyer ses propositions par des résultats numériques. Je reviendrai plus tard sur quelques-unes des assertions de l'auteur, qui ne semble pas être d'ailleurs un partisan bien ardent de la méthode Rasorienne; il ne regarde en effet l'émétique que comme un moyen accessoire. Enfin je terminerai l'énumération des recherches entreprises en France sur l'efficacité de l'émétique dans le traitement de la pneumonie, par un travail très étendu et fort bien fait de M. Trousseau, sur l'antimoine et ses diverses préparations (1).

M. le professeur Trousseau a traité, il y a quelques années, par l'antimoine, cinquante-huit pneumonies aiguës, dont deux seulement eurent une issue funeste; aucun de ses malades n'a été saigné à l'hôpital; cinq l'avaient été avant leur admission dans le service médical, et chez eux la maladie a cédé avec plus de difficulté que chez les autres. M. Trousseau a non-seulement administré l'émétique, mais il a également donné plusieurs autres préparations antimoniales, telles que l'antimoine métallique, le protoxyde, le deutoxyde et le tritoxyde, l'hypo-antimonite, l'antimoniate et l'antimonite de potasse, le kermès; et les effets thérapeutiques généraux ont été invariablement les mêmes. Ces faits étaient observés à l'Hôtel-Dieu en 1831 et 32; mais depuis l'année 1834 il paraît que M. Trousseau a été moins heureux, et tout en reconnaissant que les antimoniaux ont une grande efficacité dans le traitement des pneumonies, il croit que dans la constitution actuelle où il écrit (1839), ils ne peuvent seuls mener à bien les inflammations pulmonaires, et que les pertes de sang sont d'une nécessité évidente.

Un grand nombre de médecins étrangers ont également administré le tartre stibié d'après les préceptes de la méthode italienne; je ne connais pas à beaucoup près tous leurs travaux; aussi serai-je nécessairement très incomplet dans l'énumération assez rapide que je vais faire; cependant j'espère citer les principaux résultats. Le professeur Bang, de Copenhague, a traité à l'hôpital de Frédéric, cinquante-quatre pneumonies par le tartre stibié à haute dose, la plupart après une saignée préalable;

(1) Voir l'article *antimoine* du Dictionnaire en 15 vol. *Mat. méd.*, t. II, 2e partie.

sept de ces cinquante-quatre malades furent traités aussi par d'autres méthodes; tous guérirent, à l'exception de deux. Parmi les quarante-cinq traités uniquement par le tartre émétique, il y avait trente-neuf hommes et six femmes; à l'égard de l'âge, neuf étaient entre neuf et dix ans, vingt entre vingt et trente, neuf entre trente et quarante, quatre entre quarante et cinquante, deux entre soixante et soixante-dix. D'après ces premiers expérimens, l'auteur est porté à regarder la méthode Rasorienne comme étant aussi sûre que prompte ; mais en homme sage, le professeur Bang désire continuer ce traitement pendant plusieurs années consécutives avant de prendre un parti définitif (1). J'ignore quel a été le résultat de ses dernières recherches.

M. le docteur Wolff, de Varsovie, a rapporté dix observations de pneumonies qui toutes ont guéri par l'émétique à haute dose, et sans qu'on ait eu besoin de recourir à aucun autre moyen ; il paraît que plusieurs membres de la société de médecine de Varsovie ont également expérimenté le même remède avec succès, et en particulier le docteur Fialkowski, médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (2). Enfin, le docteur Ruef, ayant traité par l'émétique à haute dose quatre-vingt-quatorze pneumonies franches, sans complications, n'a perdu que cinq malades; les effets de la médication Rasorienne ont été parfois si rapides, que l'amélioration commençait dès la première moitié de la journée. L'auteur combinait aussi les saignées avec l'émétique, et quelquefois même il saignait assez largement (3).

Ne connaissant ces divers travaux des médecins étrangers que par de simples extraits, je n'ai pu en apprécier bien rigoureusement la valeur. Cependant nous pouvons, je pense, conclure des nombreux travaux que je viens d'analyser, que l'émétique employé seul ou concurremment avec les émissions sanguines dans le traitement des pneumonies, a produit les plus heureux résultats. En ne tenant compte en effet que des observations dans

(1) *Biblio. for læger*, 1826, cah. 2, p. 115. *Analysé dans le Bul. des sciences méd.*, t. II, n° 175, *et dans la Biblioth. thérap.*, t. I, p, 268.

(2) *Journ. de Hufeland* 1824. — *Extrait dans la Nouv. bibl. méd.*, t. VI, p. 227, et dans le t. I, *de la Bibl. thér. de Bayle*, p. 275.

(3) *Medecinicsche. annalen.*, 1836. — *Ext. dans. la gaz. méd.*, 1836, t. VI, p. 306.

lesquelles l'action de l'émétique ayant été évidente, a pu être séparée de celle des saignées, nous trouvons vingt-six morts pour trois cent soixante-dix malades, c'est-à-dire que la mortalité n'aurait été que d'un quatorzième environ. Mais quelque intéressans que soient la plupart des travaux que j'ai précédemment cités, il n'en est aucun, à l'exception de celui de M Louis, où les faits aient été étudiés suivant les principes de la médecine exacte ; les auteurs n'ont presque donné aucun résultat numérique; ils n'ont point cherché à apprécier rigoureusement l'influence que la méthode Rasorienne exerçait sur la marche de la maladie et de ses principaux symptômes, sur la rapidité de la convalescence ; on ne trouve partout que des indications vagues, peu positives, ou bien lorsque les résultats sont mieux précisés, ils ne portent que sur l'analyse d'un petit nombre de faits. Je vais donc essayer de combler cette lacune. J'étudierai le traitement de la pneumonie par l'émétique à haute dose en recherchant tour à tour quelle a été son influence sur la marche, la durée et la terminaison de la maladie elle-même et de ses principaux symptômes. Je rechercherai les modifications qu'on doit faire subir à ce traitement suivant l'exigence des cas particuliers : je tâcherai de déterminer, de préciser le plus possible l'opportunité de son emploi; je rechercherai si quelques circonstances individuelles peuvent en contre-indiquer l'usage, enfin, je dirai si la méthode Rasorienne peut être la cause de certains accidens ; et dans l'affirmative, je les décrirai avec soin. Enfin, je discuterai la valeur des raisons qu'on a données, pour expliquer le mode d'action de l'émétique administré à haute dose.

Pour éclairer ces nombreuses questions, je possède 154 observations de pneumonies dans lesquelles le tartre stibié fut donné d'après les principes de l'école italienne. Mais il importe, pour bien fixer quelle est la valeur thérapeutique de la méthode que je vais étudier, de grouper les faits en trois ordres.

Dans une première série, je place l'histoire de quarante-quatre malades qui furent traités exclusivement par le tartre stibié sans qu'on ait eu recours préalablement ou concuremment à l'emploi d'un autre moyen actif.

Dans un deuxième ordre j'examinerai 80 observations dans

lesquelles l'administration de l'émétique fut précédée d'une ou plusieurs saignées générales et locales sans que la maladie eût été modifiée dans sa marche et ses principaux symptômes ; *La possibilité de réitérer les émissions sanguines n'était pas encore épuisée ;* mais au lieu de tirer du sang , on donna l'émétique, c'est-à-dire qu'on suivit chez ces 80 malades dont je parle, le traitement conseillé par Laënnec.

Enfin, dans un troisième et dernier groupe, j'ai réuni trente malades qui avaient été abondamment saignés; cependant chez tous, la maladie avait fait des progrès toujours croissans, l'état du pouls et des forces était devenu tel, qu'une nouvelle perte de sang était tout à fait impossible, le péril était extrême; c'est dans ces conditions que l'émétique fut donné en désespoir de cause et comme pis aller.

§ I. *Premier groupe de malades.— Traitement par l'émétique à haute dose , et sans l'emploi de la saignée.*

On a vu par l'analyse de quelques-uns des travaux que j'ai cités précédemment , et en particulier de ceux de Rasori , de Laënnec, de Wolff et de M. Trousseau, que l'on pouvait guérir des pneumonies sans le secours des saignées, et en administrant d'emblée l'émétique, suivant la méthode Rasorienne. Connaissant ces résultats, ayant moi-même été témoin en 1832 et 1833 de la pratique heureuse de M. Trousseau, je me suis décidé à employer cette méthode , d'abord dans des cas qui semblaient peu favorables aux émissions sanguines ; mais ayant obtenu quelque avantage , je me hasardai à en user aussi chez quelques autres malades dont l'état général semblait exiger d'abord l'emploi de la saignée. Les faits dont je parle sont au nombre de quarante-quatre; ils ont été recueillis en 1839 et 1840 à l'Hôtel-Dieu (annexe) , dans les salles qui m'y ont été momentanément confiées. Parmi ces 44 malades, nous trouvons 8 femmes et 36 hommes ; leur âge variant entre 15 et 71 ans , donnait pour moyenne 37 ans. 20, c'est à dire près de la moitié, avaient une constitution grêle, chétive; elle était d'une force moyenne chez 15 : 9 malades seulement avaient tous les attributs d'une constitution vigoureuse. Il est important de faire observer que tous ces individus étaient habituellement bien portants, ou n'avaient

que des incommodités passagères ; les pneumonies que j'ai observées chez eux étaient primitives.

Des 44 malades dont je parle, nous trouvons 35, dont la pneumonie était déjà arrivée complétement au degré d'hépatisation rouge, quand le traitement par l'émétique fut commencé; c'est ce que démontraient les phénomènes fournis par la percussion et par l'auscultation. Chez les 9 malades restant, la maladie ne semblait pas avoir encore dépassé le premier degré, dans sa plus grande étendue ; mais dans quelques points on entendait déjà du souffle pendant l'expiration. D'ailleurs, quelque fût son degré, la pneumonie était grave chez tous, puisque chez plus des trois quarts, la moitié d'un poumon était envahie, deux fois la pneumonie était double (1). La réaction fébrile était considérable, car le pouls s'élevait en moyenne à 103 pulsations, et n'avait jamais été au-dessous de 80 ; le nombre des respirations était de 35 par minute; la chaleur de la peau, l'anxiété, l'oppression, étaient en rapport avec les symptômes précédens; et la douleur de côté, généralement vive et poignante, existait chez 34 sujets. Comme on peut le voir, la pneumonie avait de l'intensité ; et je puis affirmer que, lorsque le traitement fut commencé, il était impossible de prévoir quelle en serait l'issue.

Voulant apprécier rigoureusement l'influence de la méthode, n'ayant aucune espèce d'intérêt à obtenir un résultat plutôt avantageux que défavorable, n'ayant d'autre but que de m'éclairer, je m'étais abstenu de soumettre au même traitement les individus dont la pneumonie bénigne devait nécessairement guérir, de quelque nature que fussent les moyens thérapeutiques qu'on devait lui opposer. Les pneumonies dont je parle étaient simples ; elles n'avaient aucun caractère particulier ; toutefois il est important de dire que le pouls présentait généralement moins de *résistance* que de coutume. Jamais l'état du pouls ne fut tel qu'il contre-indiquât formellement l'emploi des émissions sanguines ; mais il me faisait présumer que, si on eût voulu soumettre ces malades à un traitement antiphlogistique, on n'aurait probablement pu pratiquer qu'une ou deux saignées. Ce fut là une des raisons qui me dé-

(1) J'ai commis précédemment une petite erreur. J'ai dit que je n'avais vu que 16 cas de pneumonie double; il y en a eu, au contraire, 17.

terminèrent à appliquer à ces individus une méthode de traitement qui avait été si avantageuse dans des cas analogues.

Le traitement par l'émétique fut commencé du deuxième au neuvième jour de la maladie, et, terme moyen, au quatrième jour, après avoir soigneusement noté l'état général et local du sujet. Le tartre stibié a été presque toujours prescrit, le premier jour du moins, à la dose de 3 décigrammes (6 grains), rarement 4, dans 156 grammes (5 onces) d'infusion de tilleul sucrée; je n'ai jamais dépassé 6 décigrammes dans les vingt-quatre heures. Ce n'était que lorsque les effets primitifs de l'émétique avaient été très intenses le premier jour, que je faisais ajouter les jours suivants 16 ou 32 grammes (demi once ou une once) de sirop diacode. Cette potion était administrée de demi heure en demi heure, ou d'heure en heure, rarement à de plus longs intervalles; car, voulant être bien certain de l'administration régulière et complète du médicament, et ne pouvant me fier aux infirmiers de veille la nuit, je faisais en sorte que la potion dont on donnait généralement la première cuillerée vers onze heures du matin, fût épuisée entre six et neuf heures du soir; elle était alors administrée par la très excellente religieuse de la salle, qui savait d'ailleurs saisir à propos les petites indications qui se présentaient pour éloigner ou rapprocher les doses du médicament.

J'ai administré l'émétique en suivant les mêmes précautions, et à des doses variant entre 3 et 6 décigrammes, pendant un temps variable, entre un et dix jours; en moyenne, mes malades n'ont eu la potion émétique que pendant trois jours et demi, et l'on peut évaluer à 10 décigrammes (20 grains) la quantité de tartre stibié que la plupart d'entre eux ont prise pendant toute la durée du traitement; je n'ai jamais dépassé la dose de 30 décigrammes (60 grains). Tous, sans aucune exception, et quelle qu'ait été la terminaison de la maladie, ont éprouvé des effets primitifs plus ou moins nombreux; les selles, en général, prédominaient sur les vomissemens, et sur trente-six individus auxquels je fus obligé de continuer l'émétique pendant plusieurs jours, il y en a dix-sept qui ont présenté une tolérance complète après le troisième ou quatrième jour.

Si nous étudions maintenant les effets thérapeutiques de l'émétique sur la terminaison de la maladie, sur la marche de

ses principaux symptômes, sur la rapidité et la durée de la convalescence, voici ce que j'ai observé.

Parmi ces quarante-quatre pneumonies, six eurent une issue funeste. La mortalité a donc été moins que d'un septième; résultat qui est beaucoup moins avantageux que ceux qu'avaient obtenus les auteurs qui avaient suivi avant moi le même mode de traitement; car, en réunissant leurs principaux résultats, on trouve que le chiffre de leur mortalité a été à peine d'un sur douze. Les malades qui ont succombé se trouvaient, d'ailleurs, dans des conditions plus défavorables que les autres; leur moyen âge dépassait en effet cinquante ans; le traitement fut commencé après le cinquième jour, et l'un d'eux étant atteint d'un délire violent, nous ne pûmes pas explorer complétement le thorax, la pneumonie fut plutôt *devinée* par nous que diagnostiquée; aussi la potion stibiée ne fut administrée que pendant deux jours seulement.

La constitution médicale a-t-elle exercé quelque influence sur l'issue de la pneumonie? je n'ose l'affirmer. Je dirai pourtant que du mois de novembre 1839 au mois de mars suivant, sur vingt-deux pneumonies que je traitai sans saignées, par l'émétique à haute dose seulement, je n'observai qu'un seul cas de mort; c'était chez une femme qui entra au huitième jour d'une pneumonie qui avait envahi le poumon dans toute son étendue, et était arrivée presque partout au degré d'hépatisation. Du mois d'avril jusqu'à la fin d'octobre, sur un nombre égal de malades placés *à peu près* dans des conditions semblables, cinq succombèrent, la plupart dans le courant d'avril. J'ai dit que les malades étaient dans des conditions à peu près semblables; cependant la vérité me force à déclarer que chez trois des individus qui moururent, le pouls offrait plus d'ampleur et plus de résistance que de coutume. J'ai regretté de n'avoir pas chez eux commencé le traitement par une ou deux saignées copieuses. Cette faute, dont je m'accuse, ne sera pas du moins perdue pour mes lecteurs.

Recherchant maintenant l'influence du traitement sur les principaux symptômes de la pneumonie, voici ce que l'analyse des faits démontre.

1° *Douleur*. Le premier signe d'amélioration, celui du moins qui était plus facilement appréciable pour les malades, consis-

tait dans une diminution, et parfois même dans la cessation complète de la douleur de côté, qui souvent avait été excessivement vive et pongitive. Sur trente-quatre malades qui éprouvaient une douleur de poitrine quand le traitement par l'émétique fut commencé, il y en a vingt-trois qui furent considérablement soulagés dès le premier jour; chez cinq même, la douleur, qui était extrêmement vive et qui empêchait la respiration et la toux, fut complétement enlevée. Cette grande amélioration survenait tantôt après que les premières évacuations produites par l'émétique avaient eu lieu; plus rarement la douleur s'est calmée plusieurs heures après que l'effet du remède avait cessé; les malades fatigués, s'étant livrés à quelques heures de sommeil, s'étaient sentis à leur réveil, soulagés ou même guéris, d'une douleur qui avait été jusqu'alors très pénible pour eux. Chez cinq, la douleur n'a commencé à décroître qu'après la deuxième potion; chez un, ce phénomène a persisté jusqu'après la troisième; enfin chez six malades, c'est-à-dire sur un peu plus d'un sixième, le point de côté est resté stationnaire, et même chez la moitié, il est devenu plus violent; il a persisté, bien que la maladie s'améliorât sous tous les autres rapports, et je fus obligé, pour en triompher, d'avoir recours à l'application de quelques sangsues ou de quelques ventouses.

*Pouls.* La diminution dans la force et la fréquence du pouls est un des phénomènes les plus remarquables et les plus constants. Il me serait impossible de préciser l'instant où il commença à avoir lieu; car pour le déterminer, il aurait fallu explorer les malades plusieurs fois par jour. Mais examinés moins de ving-quatre heures après l'administration de la première potion émétique, j'ai trouvé que sur les trente-huit qui ont guéri, vingt-sept présentaient déjà dans le nombre des pulsations artérielles une diminution qui variait entre dix et quarante par minute; chez six, le pouls n'a diminué de force et de fréquence, et la chaleur ne s'est abaissée qu'après l'administration de la deuxième potion, c'est-à-dire le second jour; quatre fois le pouls a conservé son degré de fréquence pendant le premier et le deuxième jour, et n'a commencé à décroître qu'après le troisième; enfin, chez un seul malade, j'ai vu le pouls continuer à battre avec la même fréquence pendant que tous les autres symptômes s'amendaient, et ce phénomène s'est même

continué pendant la plus grande partie de la convalescence. Ces résultats sont conformes à ceux qu'avait obtenus M. Trousseau, qui a signalé la diminution dans la force et la fréquence du pouls comme un phénomène constant, qu'on observait le plus souvent dès les vingt-quatre premières heures, quelquefois seulement au second jour : il en est de même de la température de la peau, puisque sur cinquante-six malades, cinq seulement ont conservé de la chaleur fébrile après quarante-huit heures de l'administration de l'antimoine.

*Mouvemens respiratoires.* La diminution dans le nombre des respirations a été un phénomène moins constant que la diminution dans l'accélération du pouls. On peut établir en règle générale, que, lorsqu'il y avait plus de vingt-quatre ou vingt-six respirations par minute, quinze fois sur vingt-six, j'ai vu, après l'administration de la première potion, le nombre des mouvemens respiratoires être diminué de six à vingt par minute ; dans les autres cas, cette diminution n'a été appréciable qu'à la seconde ou à la troisième potion. Si lors de la première administration de l'émétique, le nombre des respirations ne dépassait pas vingt-deux ou vingt-quatre, il n'était pas rare de retrouver le même chiffre au bout de un ou plusieurs jours, bien que l'état du malade se fût amélioré sous tous les autres rapports.

*Expectoration.* Sur trente-trois malades chez lesquels la nature de l'expectoration a été soigneusement décrite pendant toute la durée de la maladie, je vois que chez dix-sept, les crachats qui, avant l'administration de l'émétique, présentaient au plus haut degré les caractères des crachats pneumoniques, étaient plus ou moins décolorés vingt-quatre heures après, et même chez près d'un tiers des malades, la matière expectorée était tout à fait blanche, plus ou moins opaque, point ou à peine visqueuse, ayant en un mot la plupart des caractères des crachats des affections catarrhales. Ces résultats s'accordent encore avec ceux de M. Trousseau ; ce médecin a reconnu, en effet, que sur les cinquante-six malades qui ont guéri, l'expectoration pneumonique avait disparu quarante-huit heures après l'administration de l'antimoine chez cinquante-quatre, et même chez un quart d'entre eux, vingt-quatre heures ont suffi pour la complète disparution des crachats caractéristiques.

*Phénomènes d'auscultation.* Si on excepte un seul malade,

chez lequel les phénomènes fournis par la percussion et l'auscultation, ont continué à s'étendre et à s'accroître dans les quatre premiers jours de l'administration de l'émétique, chez tous les autres, ces phénomènes sont restés stationnaires ou ont commencé à décroître à dater de l'administration de la première potion. C'est ainsi que chez dix-huit, des signes de résolution étaient manifestes à la fin du premier jour, chez onze à la fin du deuxième, chez deux à la fin du troisième, chez cinq à la fin du quatrième ; toutefois les signes stéthoscopiques n'ont jamais été enlevés complétement ; car après avoir diminué, ils persistaient encore pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, et quoique la plupart des malades n'aient pas quitté l'hôpital avant le vingt et unième jour, cependant le plus grand nombre d'entre eux, c'est-à-dire vingt et un sur vingt-huit, présentaient encore lors de leur sortie, quelques-uns des phénomènes que j'ai signalés précédemment, quoique sous tous les autres rapports la santé fût parfaite chez eux.

En résumé nous avons vu que sous l'influence des antimoniaux, les principaux symptômes de la pneumonie se sont le plus souvent amendés ou même ont cessé complétement dès le premier ou le deuxième jour de l'administration du médicament, et que ce n'est que dans des cas exceptionnels, que nous avons été obligés d'attendre trois ou quatre jours, pour constater les premiers indices de l'amélioration dans la marche de la maladie. Les autres phénomènes, tels que la céphalalgie, la soif, le malaise général, ont diminué ou cessé avec la même promptitude, et avec une rapidité qu'on n'observe dans aucun autre mode de traitement.

Une chose capitale dans le traitement de la pneumonie par les antimoniaux, dit M. Trousseau, c'est qu'il n'y a pas de convalescence; on craint d'être taxé d'exagération en disant que trois jours suffisent quelquefois pour ramener un malade des portes du tombeau à un état de santé tellement satisfaisant que sans la persistance des signes stéthoscopiques, il serait impossible de croire qu'il a existé une pneumonie des plus graves; M. Trousseau a vu, en effet, plus du tiers de ses malades se lever sans aide, s'habiller et marcher dans la salle avant le huitième jour du traitement. Les faits que j'ai recueillis ont été sous ce rapport aussi favorables à l'émétique que ceux de M. Trousseau,

puisque la convalescence de mes malades était complète, terme moyen, au sixième jour du traitement. J'ai également été surpris de l'intégrité des forces à la suite d'une maladie aussi grave que la pneumonie; mais cependant, on le conçoit sans peine, en réfléchissant que les malades n'avaient été débilités par aucune perte de sang, et que la pneumonie, subitement enrayée dans sa marche, avait eu une durée plus courte que de coutume. Une circonstance non moins remarquable, et qu'on ne retrouve pas, au moins à ce degré, chez les individus qu'on a soumis aux autres modes de traitement, c'est l'énergie avec laquelle l'appétit se réveille dès le lendemain d'un état fort grave. J'ai vu plusieurs individus chez lesquels la convalescence ayant commencé 24 heures ou 48 heures après la première potion, je crus pouvoir leur accorder immédiatement du bouillon, mais dans le courant de la journée, la faim devenait si impérieuse, leurs plaintes si vives que la religieuse crut devoir souvent dépasser mes prescriptions, et leur accorder du potage ou même quelques alimens solides qui furent toujours parfaitement digérés; cela n'eut lieu d'ailleurs que chez des sujets jeunes. La maladie a eu une durée moyenne de dix jours. Beaucoup de malades ont voulu sortir de l'hôpital avant qu'ils fussent en état de travailler; mais il y en a 28 que j'ai pu garder plus longtemps; ceux-là ont pu reprendre les occupations les plus pénibles, telles que celles de boulanger et de maçon, terme moyen au vingtième jour, à dater du début des premiers accidens et au 17^e^ jour du traitement; la convalescence n'a été entravée chez eux par aucun accident; chez deux seulement la fièvre reparut momentanément après avoir cessé depuis trois ou quatre jours; mais il a suffi d'administrer la potion de nouveau pendant un ou deux jours, pour voir les symptômes être enrayés de nouveau.

Je n'ai trouvé aucune espèce de rapport entre la rapidité de la guérison et l'intensité des phénomènes primitifs; c'est ainsi que sur trente-deux malades chez lesquels j'ai compté exactement le nombre d'évacuations que l'émétique a provoquées, seize eurent plus de vingt vomissemens et selles, tandis que chez les seize autres ce nombre ne s'éleva pas à dix; néanmoins dans l'une et l'autre série la durée de la pneumonie a été exactement de dix jours.

Nous avons vu précédemment que la constitution médicale

avait paru exercer une influence, sur le degré de mortalité ; il m'a paru également que la pneumonie n'a pas cédé à l'action de l'émétique avec une égale promptitude de novembre en mars et dans les mois suivans. Chez les malades qui furent traités dans la première de ces deux périodes, le traitement eut une action plus prompte, et la durée de la maladie fut d'un jour plus courte que chez les individus traités dans les mois qui suivirent, et surtout pendant les mois d'avril et de mai; il en fut de même des forces qui furent rétablies très promptement chez les premiers; tandis que les autres ne purent reprendre leurs pénibles travaux que quatre jours plus tard.

Chez plus de la moitié des malades qui ont succombé, l'émétique à haute dose a semblé exercer tout d'abord une heureuse influence sur la pneumonie. C'est ainsi que chez quatre individus, le pouls a perdu de sa fréquence, les mouvemens respiratoires se sont ralentis; deux fois, les crachats se sont décolorés, et la douleur de côté, vive la veille, avait complétement cessé ou était presque nulle; enfin les malades disaient éprouver un état de bien-être, de soulagement, qui aurait pu facilement en imposer, et aurait pu faire porter alors un pronostic favorable. Mais en examinant les malades plus complétement, on ne pouvait plus se faire illusion et méconnaitre les progrès que la pneumonie avait faits. C'est ainsi que les traits portaient l'empreinte d'une altération plus moins profonde, la chaleur de la peau était devenue plus vive et plus aride, et l'exploration de la poitrine indiquait communément que la pneumonie avait envahi de nouvelles surfaces. Il est important que de pareils faits ne restent pas perdus; il est important de redire encore à ce sujet ce que j'ai dit précédemment, savoir, que le pronostic de la pneumonie ne peut pas être établi par la considération d'un, de deux ou de trois symptômes isolés, mais qu'il faut la réunion, l'ensemble des phénomènes fournis par l'état général et local, et lorsque, comme dans les cas précédens, on trouve le désaccord que je viens de signaler entre les principaux symptômes de la maladie et l'état du facies, il faut en conclure que la maladie est en progrès, et l'on doit alors diriger le traitement en conséquence.

### § II. *Deuxième groupe. Émétique administré d'après la méthode de Laënnec.*

Ce second groupe comprend quatre-vingts malades, leur âge, variant entre seize et soixante-dix ans, donnait pour moyenne trente-cinq ans et demi. La pneumonie était grave chez tous les malades à des degrés différens : chez les cinq sixièmes elle envahissait pour le moins la moitié d'un des poumons; elle était double chez huit ; chez le sixième restant, la maladie était limitée à un plus petit espace ; quoique moins intense, on ne pouvait pas pourtant la regarder comme bénigne ; c'est ce que prouvaient les symptômes généraux ; d'ailleurs, une et plus souvent même deux et trois saignées qui avaient été pratiquées avant l'administration de l'émétique, n'avaient pas même suffi pour enrayer sa marche. Au moment où l'émétique fut administré pour la première fois, toutes les pneumonies étaient arrivées au deuxième degré, sinon partout, du moins dans leur plus grande étendue. Les malades qui étaient venus à l'hôpital, terme moyen, au cinquième jour à dater du début, avaient été soumis dès leur entrée à un traitement antiphlogistique pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures ; on retira à ces malades depuis cinq cents grammes (une liv.) jusqu'à un kilogramme et demi de sang (trois liv.) La maladie ne fut entièrement enrayée dans aucun cas, chez les malades qui étaient entrés avec les signes du premier degré ; au bout de un ou deux jours, la phlegmasie plus étendue avait passé à l'état d'hépatisation dans les points primitivement envahis, et les symptômes généraux s'étaient accrus, ou étaient restés pour le moins stationnaires chez les trois-quarts des sujets. Toutefois, le pouls était devenu, sinon moins fréquent du moins moins ample et surtout moins dur; chez les autres, on avait noté une diminution de six à huit pulsations et un amendement plus ou moins considérable dans la céphalalgie, l'oppression et la douleur de côté : il était évident que chez tous le traitement devait être poursuivi. L'état du pouls chez ces sujets permettait de recourir encore à une ou même plusieurs saignées ; cependant, on se décida pour l'administration de l'émétique à haute dose. Ce nouveau traitement fut généralement commencé du sixième au septième jour, à dater du début des premiers acci-

dens. Le tartre stibié fut donné à peu près aux mêmes doses, aux mêmes intervalles que chez les malades de la première série. La première potion n'a jamais contenu plus de cinq décigrammes d'émétique (dix grains); mais dans les suivantes on a mis plusieurs fois jusqu'à dix décigrammes (vingt grains) de cette substance. Les malades ont pris le médicament de un à neuf jours; en moyenne, la durée du traitement par l'émétique a été de quatre jours, pendant lesquels les malades ont pris terme moyen, deux grammes (trente-six grains) de ce médicament.

La potion émétique a presque toujours produit, du moins dans les deux premiers jours, des effets primitifs plus ou moins nombreux ; il n'y a que trois malades qui aient présenté constamment le phénomène de la tolérance.

Des quatre-vingts malades dont j'analyse actuellement les observations, dix seulement ont succombé ; c'est un huitième. Ce résultat est très favorable et dépose en faveur de l'efficacité du traitement employé. Toutefois, pour ne pas exagérer cette heureuse influence ; il est bon de rappeler que la moyenne de nos malades n'atteignait pas encore trente-six ans, circonstance qui explique en partie nos succès. Pour le prouver, il me suffira de comparer mes résultats à ceux que M. Louis a obtenus par la même méthode. Nous avons vu, en effet, que sur vingt malades, auxquels il donna l'émétique, après avoir été saignés plus ou moins abondamment, trois succombèrent, ce qui élève sa mortalité à un peu plus d'un septième, tandis que la nôtre n'a été que d'un huitième. Une si notable différence tiendrait-elle à ce que les malades de M. Louis commencèrent à prendre l'émétique un jour plus tard que les nôtres? Il est possible que cette circonstance ait pu avoir quelque influence, mais elle ne saurait peut-être à elle seule rendre compte de la différence notable qui existe entre les deux ordres de faits. Je crois plutôt qu'il faut en chercher la raison dans l'âge très différent des malades ; ceux de M. Louis avaient en effet, terme moyen, quarante-cinq ans, c'est-à-dire dix ans de plus que les nôtres ; c'est ce qui explique suffisamment à mon avis la différence des deux résultats que je viens de comparer.

Les faits que j'analyse actuellement sont encore venus démontrer, comme ceux de la série précédente, avec quelle rapi-

lité l'administration de l'émétique améliore les principaux symptômes de la pneumonie. C'est ainsi que des 70 malades qui ont guéri, il y en a 37 dont le pouls tomba de 10 à 30 pulsations, immédiatement après la première potion ; chez 14, la fréquence du pouls ne commença à décroître qu'après la première dose d'émétique ; chez 14, après la deuxième ; chez 5 après la troisième. Si nous considérons l'ensemble des symptômes généraux et locaux, nous voyons que dans plus de la moitié des cas, la prise de la première potion fut suivie d'un amendement sensible ou même très considérable dans la chaleur de la peau, dans la douleur de côté, dans la couleur des crachats, dans l'oppression, ainsi que dans les symptômes fournis par la percussion et par l'auscultation. On peut établir qu'une amélioration très grande est survenue chez les deux tiers des malades, dans les deux premiers jours du traitement par l'émétique.

Chez les 70 malades dont la pneumonie eût une heureuse issue, la convalescence fut établie vers le quatorzième jour, c'est-à-dire deux jours plus tard que pour les individus qui guérirent seulement par les émissions sanguines. M. Louis avait également noté (1) que les sujets qu'il avait traités par le tartre stibié, la pneumonie avait duré trois jours de plus que chez ceux qui ne furent pas soumis à cette médication. Devons-nous en conclure que l'émétique a exercé une influence fâcheuse sur la maladie? dirons-nous que ce médicament a retardé l'époque de la convalescence, loin d'avoir accéléré l'heureuse terminaison de la maladie? Mais, comme M. Louis l'a remarqué avec raison, cette influence fâcheuse qu'on pourrait supposer, n'est qu'apparente. En effet, il faut se rappeler que chez mes malades comme chez ceux de M. Louis, le tartre stibié fut administré quand déjà plusieurs saignées avaient été faites inutilement ; la maladie, au contraire, avait généralement pris plus d'intensité ; par conséquent, les forces avaient dû décroître en proportion. Ajoutons que chez les malades qui prirent l'émétique, la première saignée avait été faite presque un jour plus tard que chez ceux qui ne prirent pas la potion ; la différence avait été même de deux jours pour les malades de M. Louis. On voit donc que

(1) *Recherches sur les effets de la saignée*, Paris, 1835, p. 51.

l'émétique fut donné dans des circonstances assez défavorables et dans des cas graves ; c'est ce qui explique la durée plus longue de la maladie chez ceux qui en prirent. Enfin, ce qui peut prouver que ce n'est pas le tartre stibié qui a retardé la convalescence, c'est que, comme nous l'avons vu précédemment, les malades qui furent traités exclusivement par l'émétique, sans saignée préalable, étaient convalescens au dixième jour, c'est-à-dire quatre jours plus tôt que ceux qui, après avoir été saignés, ont pris ensuite de l'émétique, et deux jours plus tôt que les individus qui guérirent par les émissions sanguines seulement.

Après ce que je viens de dire, on aura deviné sans doute que si, chez les malades dont je parle, l'époque de la convalescence a été retardée, celle-ci a dû être aussi plus longue, les forces ont dû se rétablir plus lentement ; c'est en effet ce qui est arrivé. Ainsi, 21 des malades qui ont pris l'émétique après avoir été saignés, et que j'ai pu observer pendant toute leur convalescence, n'ont été en état de reprendre leurs pénibles travaux que vers le vingt-neuvième jour, à dater du début, c'est-à-dire sept jours plus tard que ceux qui n'avaient pas pris d'émétique, et neuf jours après ceux qui avaient été traités par l'émétique seulement.

§ III. 3e série. *Émétique donné à haute dose à une époque où il était impossible de recourir aux émissions sanguines.*

J'ai réuni dans la troisième série, 30 malades d'un âge moyen de quarante-neuf ans, qui, comme ceux de la série qui précède, ont pris de l'émétique après avoir eu plusieurs émissions sanguines ; cependant, je n'ai pas dû confondre ces deux ordres de faits. Nous avons vu en effet que chez les malades du deuxième groupe, l'émétique fut administré à une époque où l'état du pouls et des forces permettait et engageait même de recourir à de nouvelles saignées générales et locales ; le tartre stibié fut ici donné pour suppléer aux émissions sanguines, et nous avons dit que ce fut généralement avec un grand avantage. Mais il n'en est plus de même chez les malades de la troisième catégorie ; chez eux on avait épuisé la possibilité de saigner ; la pneumonie était arrivée à une période avancée, puisque son début remontait déjà à dix jours ; le pouls était mou, dépressible, les forces épuisées, la moitié des malades au moins était dans

un état désespéré; parmi les moyens actifs de traitement, l'émétique à haute dose était le seul qui pût être tenté sans inconvénient; mais la maladie était trop grave et déjà trop avancée pour qu'on dût fonder sur ce moyen de bien grandes espérances. C'est ce qui explique pourquoi, sur ces 30 malades, il y en a 18, c'est-à-dire presque les deux tiers qui ont succombé; chez plus de la moitié, la mort arriva dans les deux premiers jours du traitement.

Ce résultat dépose bien moins contre l'efficacité de l'émétique que contre celle des saignées, qui, employées largement, et à une époque voisine du début (quatre jours), n'ont pu empêcher la maladie de faire des progrès continuels; il est à peu près démontré pour moi, que si on avait voulu pousser plus loin les émissions sanguines, on eût infailliblement perdu tous ou presque tous les malades qui ont guéri. Si on n'avait pas employé l'émétique, je suis également porté à croire, que sous l'influence des seules forces de la nature, quelques individus auraient fini par triompher de la maladie, mais il n'est pas probable, que les 10 que nous avons sauvés par l'émétique, eussent aussi guéri spontanément. Ce qui prouve d'ailleurs l'heureuse influence que le tartre stibié a exercée dans ces cas, c'est l'amélioration rapide qui a suivi son administration. C'est ainsi que chez 9 malades, dont la vie était dans le plus grand péril, il survint après la première, la deuxième ou la troisième potion, une diminution assez considérable dans les accidens, et en particulier dans les symptômes généraux, pour qu'on dût être presque rassuré sur l'heureuse issue de la maladie; chez un seul malade, les phénomènes morbides ne commencèrent à décroître qu'après la sixième potion, c'est-à-dire le sixième jour du traitement par l'émétique. Chez quelques malades de cette série, la dose d'émétique qui a été administrée fut aussi plus considérable, puisque plusieurs ont pris, dans l'espace de neuf à dix jours, jusqu'à 10 grammes d'émétique (2 gros, 40 grains), mais en moyenne, chaque malade n'a guère pris plus de 2 grammes (36 grains) de tartre stibié. La convalescence s'est déclarée un peu plus tard chez les sujets de cette troisième série que chez ceux des séries précédentes. Chez les premiers, en effet, la convalescence n'a guère commencé que vers le quinzième jour, elle n'était complète qu'au dix-huitième, et lorsque les malades ont

quitté l'hôpital le vingt-septième ou vingt-huitième jour, leurs forces n'étaient pas encore complétement revenues. Le retard qu'a éprouvé la convalescence, sa longueur, la lenteur avec laquelle les forces se sont rétablies, s'explique par la gravité même de la maladie, par sa durée, par le traitement énergique et débilitant qu'on lui a opposé.

Les faits qui précèdent ne permettent d'élever aucun doute sur l'heureuse influence que l'émétique, donné à haute dose, exerce sur la terminaison, la marche et la durée de la pneumonie. En suivant la pratique de Peschier, ou plutôt celle de Laënnec, nous avons vu le chiffre de la mortalité être considérablement diminué; les symptômes les plus pénibles ou les plus graves ont cédé avec une facilité et souvent une rapidité inaccoutumée, la convalescence s'est déclarée promptement, et les forces se sont rétablies assez vite.

Si on compare les résultats que donne l'analyse des deux premières séries de faits, nous voyons que, dans la première où l'émétique fut donné sans saignée préalable, la mortalité fut plus considérable que chez les sujets de la deuxième catégorie qui, placés dans des conditions d'âge et d'intensité de maladie à peu près semblables, avaient néanmoins guéri en beaucoup plus grand nombre; ce qu'il est naturel d'attribuer aux émissions sanguines qui avaient précédé l'administration du tartre stibié. Mais si les saignées ont eu l'avantage de faire baisser le chiffre de la mortalité, elles eurent l'inconvénient de prostrer davantage les forces et de retarder un peu la convalescence. Cependant remarquons bien que les saignées qui avaient eu un pareil résultat, avaient été peu nombreuses, peu abondantes, que non-seulement elles avaient été proportionnées aux forces des sujets, mais que même il y avait indication à les réitérer, lorsque l'émétique fut administré. Si donc des saignées qui sont indiquées par la nature de la maladie et par la gravité des symptômes, ont pour effet de prostrer les forces, que serait-ce donc des saignées intempestives ou immodérées dont j'ai parlé dans le chapitre précédent.

Cependant, somme toute, le plus ou moins de rapidité de la guérison et de la convalescence est une considération tout-à-fait accessoire, quand on la compare à l'issue heureuse ou fâcheuse de la maladie; de sorte qu'en règle générale si, de deux

méthodes de traitement, l'une guérit plus sûrement et plus souvent qu'une autre, il faut lui donner la préférence, quand même elle aurait sur celle-ci le désavantage d'affaiblir beaucoup plus les malades et de retarder le terme de la convalescence. Voilà pourquoi la méthode qui consiste à ne donner l'émétique qu'après une ou plusieurs saignées préalables, doit être généralement préférée à celle dans laquelle le tartre stibié administré de suite constitue le seul traitement actif. Cependant un système exclusif ne saurait être conseillé et il est des cas, en effet, où les émissions sanguines sont inutiles ou même nuisibles. Quelque étendue que soit la pneumonie, quelque vive que soit la douleur de côté et la réaction fébrile, si le pouls offre de la mollesse, si, quoique doué d'une certaine ampleur, il résiste peu à la pression du doigt, il faudra s'abstenir de toute émission sanguine. La faiblesse de la constitution, l'âge avancé, la dépression des forces ne seraient pas des raisons suffisantes pour s'abstenir de saigner, si le pouls ne présentait pas d'ailleurs les caractères que je viens d'indiquer. Au contraire, pour peu que le pouls offre de la dureté ou de la résistance, qu'il soit ample ou concentré, il y a indication à tirer du sang; la saignée sera alors réitérée jusqu'à ce que le pouls ait perdu ces caractères.

Il faut que les pertes de sang soient abondantes, c'est-à-dire d'environ 500 grammes chaque (une livre); lorsque deux ou trois saignées sont nécessaires, elles devront être faites dans les 24 ou 36 premières heures; il est rarement utile de faire perdre au malade plus d'un kilogramme de sang. Comme on le voit d'après la méthode de traitement à laquelle je donne la préférence, la saignée n'est faite que pour préparer l'économie à recevoir plus utilement l'influence du tartre stibié. Une condition essentielle pour que l'émétique soit utile, et on ne saurait trop le repéter, c'est que le pouls ne présente plus aucune dureté; c'est pour avoir méconnu ce précepte que j'ai vu quelques malades auxquels l'émétique avait été donné d'emblée et sans saignée préalable, n'éprouver aucune amélioration, la pneumonie eut même une issue funeste, tandis que ceux chez lesquels, ayant égard à l'état du pouls, on saigna une ou plusieurs fois, éprouvèrent, dans les symptômes généraux et locaux, cette amélioration rapide que l'émétique produit le plus souvent. Mais je dois

redire encore qu'il ne faut pas épuiser la possibilité de saigner; car un affaiblissement trop grand est une circonstance qui, non-seulement doit retarder la convalescence, mais qui même rend plus incertaine l'action de l'émétique.

Ce que je viens de dire des conditions dans lesquelles doit se trouver le malade pour que l'administration du tartre stibié soit utile, explique pourquoi, sous l'influence de certaines constitutions médicales, plusieurs médecins parmi lesquels je citerai Peschier, Wolff et M. Trousseau, ont obtenu des guérisons nombreuses par l'emploi de l'émétique seul, et sans saignées préalables. Il est probable que ces praticiens observaient alors des pneumonies dans lesquelles le pouls présentait cette mollesse, ce défaut de résistance, que j'avais moi-même notée dans les inflammations pulmonaires que je traitai pendant l'hiver de 1839 à 1840. J'ai dit, en effet, qu'à cette époque, sur vingt-deux pneumonies graves qui furent traitées par l'émétique seulement, il n'y en et qu'un qui ait eu une issue funeste. A la même époque, les malades qui prirent l'émétique après avoir subi une ou deux saignées générales, présentèrent une mortalité d'un 7$^{e}$ environ, et chez ceux qui guérirent, les accidens ne cédèrent pas avec la même rapidité que par la médication antimoniale exclusive. M. le professeur Trousseau a signalé un résultat analogue pour les pneumonies qu'il a traitées en 1831 et 1832.

En règle générale, je crois pouvoir établir que la méthode préconisée par Laënnec, pour le traitement de la pneumonie, est celle qui mérite la préférence, c'est-à-dire que l'émétique à haute dose devra être administré après avoir essayé de préparer l'économie à son action par une ou plusieurs émissions sanguines. Mais quelle que soit la méthode qu'on ait suivie, on aura sans doute remarqué la rapidité avec laquelle l'émétique a agi, son action a été souvent presque instantanée, et la plupart des malades ont éprouve une amélioration sensible dans les symptômes généraux et locaux, dès le premier ou le deuxième jour de la maladie. Nous avons vu se produire, par l'émétique, des effets que nous n'avons jamais obtenus par les saignées les plus copieuses; ainsi j'ai dit que chez plusieurs malades qui, au moment de l'administration de la première dose d'émétique, avaient une fièvre intense et présentaient tous les signes physiques d'une pneumonie arrivée entièrement au deuxième

legré, il a suffi de leur donner 3 ou 4 décigrammes de tartre stibié (6 à 8 grains) pour voir du jour au lendemain, à cet état grave, succéder une amélioration telle, que quelques malades pouvaient être regardés presque comme convalescens, puisque la fièvre avait à peu près complétement cessé et que l'auscultation qui, la veille, faisait percevoir du souffle et de la crépitation n'indiquait plus qu'une diminution dans l'expansion pulmonaire, sans râles ni respiration tubaire. On peut donc dire que dans ces cas la pneumonie fut réellement *jugulée*.

Dans le traitement de la pneumonie par l'émétique, on avait également remarqué un fait très intéressant, c'est l'augmentation quelquefois considérable des forces, dès le lendemain de l'administration du médicament, lorsque celle-ci a été avantageuse. Ce fait est d'autant plus remarquable que, comme l'observe M. Louis, l'action du tartre stibié a été accompagnée de selles et de vomissemens nombreux qui auraient dû au contraire avoir pour effet de prostrer les forces des malades.

Après avoir indiqué les effets du tartre stibié sur la marche et la durée de la pneumonie et après avoir déterminé les cas où il est le plus souvent utile, je vais exposer quel est son meilleur mode d'administration et les effets immédiats qu'il produit.

### § IV. *Mode d'administration de l'émétique. Effets primitifs, tolérance, etc.*

Par quelle dose d'émétique faut-il commencer? quelles règles doit-on suivre dans l'administration de ce médicament? Ce sont deux questions importantes qui doivent nous occuper un moment.

Il était rare que Rasori donnât moins d'un gramme trois décigrammes d'émétique (vingt-quatre grains) dans les vingt-quatre premières heures; chez l'adulte quelquefois il portait d'emblée cette quantité à deux grammes, et augmentait tous les jours, suivant la marche de la maladie. Nous avons vu que Laënnec donnait rarement plus de trois ou quatre décigrammes (six ou huit grains) d'émétique dans la première journée. C'est cette même dose qui fut adoptée pour la plupart de nos malades, soit par M. Chomel, soit par nous-même ; et ce ne fut que dans des cas fort rares et tout-à-fait exceptionnels, qu'on commença par administrer six ou huit décigrammes (douze ou seize grains) le

premier jour. J'ignore ce qui serait arrivé si on eût suivi plus souvent cette dernière pratique, c'est à ceux qui l'ont adoptée à comparer leurs résultats à ceux que j'ai trouvés moi-même; je crois d'ailleurs que la dose n'est pas invariable pour tous, il faut tâter d'abord par degré la susceptibilité de chacun, et ne pas commencer, comme le dit Giacomini, par assommer la vitalité en administrant des doses trop considérables.

L'émétique qui fut ordonné à mes malades, a été administré dans une potion d'environ cent cinquante-six grammes (cinq onces), faite avec l'eau de tilleul et de feuilles d'oranger sucrée, contenant rarement seize ou trente-deux grammes de sirop diacode; je rechercherai bientôt l'influence qu'a pu exercer cette dernière préparation. La potion était administrée en général toutes les heures, cependant on en rapprochait les doses, ou on les éloignait suivant l'influence qu'elle exerçait sur l'estomac et le tube digestif.

A moins que la maladie ne s'amende d'une manière notable après la première potion, je suis dans l'usage d'augmenter la dose du médicament pendant plusieurs jours. Si la pneumonie s'est beaucoup aggravée, souvent alors la quantité d'émétique que je prescris est double de celle de la veille; je n'ai jamais dépassé un gramme trois décigrammes (vingt-quatre grains) pour vingt-quatre heures, cependant je ne blâme pas ceux qui en prescrivent davantage, mais je pense qu'on devrait en donner rarement plus de deux grammes (trente-six grains) par jour, et je ne conseille à personne d'imiter la hardiesse de Rasori.

Il m'est impossible de déterminer la dose à laquelle on peut donner l'émétique chez les nouveau-nés atteints de pneumonie; des recherches à ce sujet sont encore nécessaires. Je crois avec M. Valleix que c'est à tort que la plupart des médecins éprouvent une grande appréhension pour l'emploi du tartre stibié chez les très jeunes sujets; quelques faits recueillis par cet excellent observateur, ont prouvé que l'émétique chez le nouveau-né agissait, sous le rapport de l'effet éméto-cathartique, à peu près comme chez l'adulte, c'est-à-dire que la tolérance ne tarde pas à s'établir. Je pense qu'on pourrait commencer par prescrire de suite un décigramme d'émétique; chez les enfans plus âgés, à deux ans par exemple, on a pu commencer par 15

centigrammes, et élever rapidement la dose jusqu'à trois décigrammes. Je n'ai pas remarqué que le mode d'administration et la dose dussent être modifiés chez les vieillards. Aujourd'hui pourtant, chez les sujets au-dessus de soixante ans, je commence par donner généralement un décigramme de plus (huit grains) que chez les sujets plus jeunes ; toutefois je ne puis encore rien conseiller à ce sujet, attendu que je n'ai pas sur ce point des faits assez nombrenx pour me permettre de hasarder une opinion.

On peut établir, que donné de la manière dont je viens de parler, l'émétique provoque presque toujours plusieurs vomissemens et des selles plus ou moins abondantes; c'est ainsi que, sur les 154 malades traités par l'émétique, il n'y en a que douze chez lesquels la tolérance ait existé dès le premier jour. Ce résultat semble différer de ceux qu'ont obtenu Rasori et Laënnec ; le premier dit en effet qu'il avait observé la tolérance chez un grand nombre de malades; Laënnec prétend aussi l'avoir vue sur *beaucoup*; mais ces expressions vagues ne sauraient donner à l'esprit aucune indication mêmé approximative ; et je suis convaincu que si Rasori et Laënnec avaient compté les faits, ils auraient émis une opinion très différente. Je crois d'ailleurs que la tolérance de l'émétique existe rarement dès le premier jour ; c'est aussi l'opinion qu'a émise M. Rayer.

Chez les malades qui, après avoir pris la potion stibiée, éprouvèrent des effets primitifs, les six septièmes eurent à la fois des vomissemens et des selles ; tandis qu'un septième seulement n'éprouva que l'une ou l'autre de ces évacuations. Dans les deux tiers des cas, les vomissemens commencèrent à être produits de dix minutes à une heure après que les malades avaient bu la première cuillerée de potion ; les selles avaient lieu un peu plus tard, terme moyen, trois heures un quart après la première dose, c'est-à-dire à une époque où on avait déjà administré aux malades trois cuillerées de la potion. Les effets primitifs continuent généralement jusqu'à ce que la potion soit épuisée et persistent même, les selles surtout, une ou plusieurs heures après. Le nombre des évacuations varie beaucoup; il est rare que les malades en éprouvent moins de six ou huit. Presque toujours les selles sont plus nombreuses que les vomissemens, il n'est pas très rare de voir des individus avoir dans les vingt-quatre premières heures, dix, quinze vo-

missemens et jusqu'à vingt ou trente selles. Les vomissemens seuls sont pénibles pour les malades, car ils éprouvent ce malaise général, cette anxiété, en un mot tous les phénomènes incommodes qui précèdent et accompagnent le vomissement naturel, et qui sont ici d'autant plus pénibles, que cet acte se reproduit un plus grand nombre de fois. Au contraire, les évacuations alvines ont lieu sans douleurs, ou du moins, les coliques qui les annoncent sont très légères, et ce n'est que dans des cas assez rares, dans un huitième environ, que les malades accusent des élancemens, des tortillemens ou du ténesme. Les matières rendues consistent, pour les vomissemens en un liquide jaune ou verdâtre, ordinairement amer; les selles étaient liquides et très jaunes toutes les fois que j'ai pu en constater la nature.

Lorsque les évacuations étaient très copieuses, les malades éprouvaient de la fatigue, du malaise, plusieurs ont eu des lipothymies; mais un sommeil de quelques heures suffisait pour réparer les forces, et généralement alors les malades éprouvaient un sentiment de bien-être.

Lorsque la potion était administrée plusieurs jours de suite, le nombre des évacuations alvines et des vomissemens diminuait beaucoup, même dans les cas où on avait augmenté la quantité d'émétique; il y a eu pourtant quelques exceptions à cette règle que j'indique. D'ailleurs plus de la moitié de ces malades a fini par présenter plus ou moins complètement le phénomène de la tolérance; et j'ai remarqué, comme M. Rayer, que celle-ci s'établissait d'une manière plus prompte et plus permanente pour l'estomac que pour les intestins. Il n'y a aucun rapport entre l'intensité et la fréquence des phénomènes primitifs et la rapidité de la convalescence; ayant en effet comparé quelle fut la durée de la maladie, chez trente individus qui avaient éprouvé au moins trente évacuations, et chez trente autres qui n'en avaient eu qu'une douzaine, j'ai trouvé que la durée moyenne avait été exactement la même dans les deux séries de malades.

J'ai dit que chez douze malades, l'émétique administré pendant plusieurs jours à dose toujours croissante, n'avait jamais produit d'effet primitif. J'ai cherché à ce sujet à découvrir quelles sont les conditions individuelles qui rendent aussi l'économie moins susceptible à l'action du tartre stibié, et voici ce que j'ai re-

marqué. Je crois qu'un âge avancé est une circonstance qui rend plus facile l'établissement d'une tolérance primitive ou secondaire ; c'est ainsi que, sur les douze malades qui n'ont jamais éprouvé d'effets primitifs, onze avaient plus de quarante ans ; sur six individus au-dessus de soixante-dix ans qui furent traités par l'émétique, quatre ont toujours présenté de la tolérance ; enfin sur seize malades, chez lesquels la tolérance s'établit rapidement après les deux premières potions stibiées, plus de la moitié dépassait l'âge de cinquante ans. La gravité de la maladie a peut-être aussi une influence sur le plus ou moins de facilité avec laquelle la tolérance s'établit ; ainsi, sur les douze malades qui n'eurent jamais d'effets primitifs, neuf succombèrent. Que la première potion ait eu des effets primitifs, nombreux ou rares, on ne peut pas en conclure que la tolérance s'établira promptement ou lentement.

La tolérance une fois établie peut cesser, lorsqu'on augmente la quantité d'émétique, lorsque les malades prennent beaucoup de boisson ou sous l'influence de tout autre cause, le plus souvent très difficile à apprécier. D'ailleurs l'estomac comme le reste du tube digestif perdent promptement cette aptitude qui leur permettait de supporter impunément de fortes doses d'émétique ; car si chez un malade qui présente actuellement la tolérance, on suspend le traitement pendant quelques jours, pour le reprendre ensuite à l'occasion d'une récrudescence que la maladie présente, on voit que les mêmes doses d'émétique, qui il y a peu de temps, ne déterminaient ni vomissemens, ni selles, et même que des doses inférieures provoquent ordinairement des évacuations presque aussi nombreuses qu'au début du traitement ; la même remarque a été faite par M. Rayer.

Rasori et les médecins de son école ont prétendu que l'aptitude de l'organisme à supporter de fortes doses d'émétique, sans produire ni vomissemens, ni selles, n'existe que dans l'état morbide et disparaît avec lui. C'est ainsi que lorsque la maladie a cessé, dit Rasori, le phénomène merveilleux de l'aptitude cesse également, et alors l'émétique qui avant, semblait sans action, non-seulement ne peut être administré impunément à haute dose, mais pas même à la plus petite quantité, sans produire les effets qu'on lui attribue vulgairement. Ce serait là, d'après Rasori, une chose constante, et qui, si elle était vraie,

serait favorable à la théorie du contre-stimulisme ; mais cette opinion du célèbre professeur de Milan ne me paraît point exacte. En effet, presque toutes les fois que la tolérance s'est établie pendant l'état d'acuité de la maladie, elle a continué dans sa période de décroissance et même pendant la convalescence, lorsque tout mouvement fébrile avait cessé depuis plusieurs jours. C'est ainsi que quelques-uns de mes malades digéraient des potages, et le quart à une époque où ils prenaient encore une potion contenant trois ou quatre décigrammes d'émétique, et qui ne provoquait ni nausées, ni vomissemens, ni selles. M. Rayer a même remarqué, que pendant la convalescence des pneumonies dont la résolution s'opère, le tartre stibié, à la dose de trois décigrammes, semble quelquefois ranimer le sentiment de la faim ; la digestion des alimens ne paraît pas dérangée par ce remède, lorsqu'on a soin de l'administrer trois heures avant ou après les repas ; ainsi plusieurs des malades de M. Rayer étaient à la demi portion d'alimens, lorsqu'ils prenaient encore la potion stibiée, qui était parfaitement tolérée. Dirons-nous avec Rasori que chez ces sujets, les symptômes de la maladie ont diminué sans que la *diathèse ait perdu de son intensité;* ce serait expliquer un fait par une idée théorique, dont rien d'ailleurs ne saurait prouver l'exactitude.

Lorsque la première potion stibiée n'a pas produit d'amélioration, lorsque surtout la pneumonie avait fait de nouveaux progrès, nous avons déjà dit que presque toujours on augmentait les doses d'émétique. C'est ainsi qu'au lieu de trois ou quatre décigrammes que les malades avaient pris la veille, on leur en prescrivait immédiatement six ou huit, quantité que nous avons rarement dépassée. Nous nous sommes à ce sujet conformé à un précepte de Rasori, qui veut que les doses d'émétique soient en rapport avec les variations de la pneumonie ; faibles au début de la maladie, il faut les augmenter lorsque celle-ci arrive à son plus haut degré, et les diminuer progressivement à fur et à mesure que les accidens s'amendent. Mais faut-il croire avec Rasori, que l'aptitude du corps à supporter utilement de fortes doses d'émétique, est en rapport direct avec les différentes phases de la maladie ; est-il vrai que si la maladie augmentant on augmente aussi la quantité du tartre stibié, celui-ci sera plus facilement toléré ? Je crois que cette

opinion n'est pas vraie généralement; c'est ainsi que, sur cinquante-six malades chez lesquels la quantité d'émétique fut augmentée à fur et à mesure que la pneumonie faisait des progrès, il y en a quarante chez lesquels une dose d'émétique, plus forte que celle de la veille, de deux à trois décigrammes, et quelquefois même d'un seul, a suffi pour faire cesser la tolérance qui existait déjà, et si celle-ci ne s'était pas encore établie, on observait des selles et des vomissemens plus nombreux que les jours d'avant. Chez quatre malades seulement, la tolérance qui s'était établie avec une potion de trois décigrammes, s'est maintenue quand la dose de l'émétique a été portée à cinq; enfin chez les douze individus qui restent, des effets primitifs nombreux, ayant été produits par trois ou quatre décigrammes d'émétique, nous avons vu la tolérance s'établir le jour où l'on prescrivit aux malades une dose plus considérable du même médicament.

Je crois d'ailleurs, que l'action plus ou moins prompte de l'émétique, que les effets primitifs plus ou moins nombreux qu'il provoque, que la tolérance qui s'établit d'une manière plus ou moins complète et rapide, ne peuvent s'expliquer que par l'influence secrète des prédispositions individuelles. Il y a tant de différences, tant de bizarreries dans l'action de l'émétique, qu'on ne saurait établir sur son action aucune loi fixe. Les auteurs ont aussi admis des modifications nombreuses établies par l'âge, le sexe, la constitution des individus, qui ne me semblent pas pour la plupart démontrées. Ainsi, Giacomini a dit (1) que la susceptibilité naturelle à recevoir l'impression des contre-stimulans était plus grande dans l'âge tendre et chez les sujets délicats, ce qui est probablement vrai ; mais il prétend aussi que le degré de tolérance est plus grand proportionnellement chez la femme que chez l'homme, ce que je n'ai pas vérifié. On a dit aussi que les tempéramens sanguins, irritables et énergiques, résistaient davantage à l'action des contre-stimulans ; enfin, on prétend que dans les pays chauds, ceux-ci sont moins actifs que dans les climats froids, où ils ont parfois, dit Giacomini, des effets formidables. Si ce dernier fait est exact, on s'expliquerait jusqu'à un certain point, pourquoi en Italie, on peut porter l'émétique à des doses considérables que nous tremblerions ici d'administrer à nos malades, et qui se-

raient peut-être la cause d'accidens qui sont rarement observés en Italie.

La tolérance étant, d'après l'opinion de quelques personnes, une condition favorable à l'action du tartre stibié, on a cherché le moyen de l'établir le plus promptement possible. Les uns ont conseillé de suspendre l'émétique dans une plus petite quantité de véhicule (125 à 156 grammes), suffisamment sucré et aromatisé. Je crois que ce conseil est bon ; car la grande quantité de liquide augmente les vomissemens; ayant en effet vu donner quelquefois l'émétique dans 4 à 500 grammes de liquide, je constatais alors des effets primitifs beaucoup plus nombreux. Lorsque les évacuations continuaient le deuxième jour, ou lorsque, dès le premier, il y avait lieu de craindre que l'émétique fût difficilement supporté, Laënnec faisait ajouter à la potion stibiée 32 ou 64 grammes de sirop diacode, association contraire aux idées théoriques de Rasori. Presque tous les médecins de nos jours ont imité la pratique de Laënnec, et je l'avais moi-même adoptée; c'est ainsi que lorsqu'on administre l'émétique à haute dose chez des vieillards et des sujets déjà profondément débilités, de crainte d'augmenter cet état de faiblesse par des évacuations excessives, on conseille d'ajouter à la première potion stibiée qu'on donne, 16, 32 ou même 64 grammes de sirop diacode. Cependant j'ai voulu me convaincre si les préparations opiacées exerçaient réellement quelque influence pour l'établissement de la tolérance ; l'analyse des faits m'a démontré qu'une pareille addition était complétement inutile. J'ai choisi, en effet, 16 malades auxquels, pour les raisons que je viens d'indiquer, on administra une première potion stibiée, contenant pour 3 ou 4 décigrammes d'émétique, une quantité d'opium variant entre 2 centigrammes 1/2 et 5 centigrammes; tous ces individus eurent des effet primitifs, et chacun d'eux eut, terme moyen, sept vomissemens et huit selles. Chez 16 autres malades, placés dans des conditions d'âge et d'intensité de maladie à peu près semblables, la première potion stibiée qui fut prescrite, contenait la même dose d'émétique que chez les premiers, mais sans mélange d'aucune préparation opiacée ; ces individus éprouvèrent aussi des évacuations plus ou moins nombreuses, et l'on peut évaluer que chacun d'eux eut, en moyenne, six vomissemens et huit selles. Cette première série de faits démontre donc que l'opium

ajouté à la première potion stibiée, n'a pas pour effet de modérer l'action que l'émétique exerce naturellement sur la surface de l'estomac et des intestins.

J'ai recherché ensuite si, lorsque la potion émétisée, ayant produit une superpurgation, on a ajouté de l'opium aux potions suivantes, il faut rapporter à ce médicament la diminution des évacuations ou même la tolérance qui est survenue. Pour éclairer cette question, j'ai choisi 30 malades ayant tous éprouvé des effets primitifs nombreux à la suite de l'administration d'une première potion émétisée : chez 15, dans le but de modérer les évacuations, on mit dans la potion administrée le deuxième jour, 16 ou 32 grammes de sirop diacode; or, voici ce qui eut lieu. Chez le tiers des malades, la tolérance fut complète; les autres eurent des effets primitifs beaucoup moins nombreux que la veille, puisque le nombre des évacuations ne fut, en moyenne, que de cinq pour chacun d'eux; mais est-ce à l'opium qu'il faut attribuer un pareil résultat? je ne le crois pas. En effet, chez les 15 autres malades qui avaient eu des effets primitifs très nombreux, on ne fit aucune addition d'opium dans les potions stibiées qui furent prescrites les jours suivans; et cependant, nonobstant cette omission, le phénomène de la tolérance fut noté chez plus du tiers de ces malades, et ceux qui continuèrent à présenter quelque évacuation, n'en eurent guère que cinq dans les vingt-quatre heures. Ces deux ordres de faits que je viens d'analyser démontrent, je crois, d'une manière suffisante, que l'opium qu'on ajoute aux potions stibiées pour favoriser la tolérance ou modérer le nombre des évacuations alvines et des vomissemens ne remplit pas l'indication qu'on se propose. Une nouvelle preuve d'ailleurs, que l'opium n'est pour rien dans l'établissement de la tolérance, c'est que presque tous les malades chez lesquels ce phénomène se montra à la suite d'une potion contenant du sirop diacode, continuèrent à le présenter les jours suivans, quoiqu'on eût supprimé le médicament narcotique dans le but de provoquer encore quelques effets primitifs.

La diminution des évacuations ou même la tolérance, qui s'établit promptement après une superpurgation, et nonobstant l'emploi continu de la potion stibiée, semblent dépendre de ce que l'estomac et les intestins s'habituent promptement à la stimulation que l'émétique produit ordinairement sur eux,

et nullement à l'opium. Je pense donc qu'on peut s'abstenir d'ajouter aux potions stibiées aucune préparation narcotique, cette addition étant tout-à-fait inutile et ne pouvant remplir le but qu'on se propose, mais je dois avouer qu'elle m'a paru exempte de toute espèce de danger, et je ne saurais partager les préventions du docteur Rucf, qui regarde l'emploi de l'opium au début des pneumonies, comme capable de provoquer le passage à l'état d'hépatisation (1).

§ V. *Contre-indications à l'emploi de l'émétique dans le traitement de la pneumonie.*

Le plus grand nombre des médecins ne se décident aujourd'hui à employer la potion stibiée dans le traitement de la pneumonie, qu'autant que les organes digestifs sont dans un état d'intégrité parfaite; il leur suffit que les malades aient éprouvé quelques coliques, quelques vomissemens ou plusieurs selles diarrhéiques, ou que le ventre soit légèrement douloureux, pour leur donner les plus vives appréhensions, et leur faire proscrire tout-à-fait l'emploi de la méthode rasorienne. Je crois que ces craintes sont exagérées, et n'ont le plus souvent aucune espèce de fondement. Laënnec avait déjà remarqué (2) que la rougeur de la langue, qu'une douleur très marquée et augmentant par la pression à l'épigastre et dans toute autre partie de l'abdomen, qu'une diarrhée abondante avec ténesme ne l'avaient point arrêté dans les cas de pneumonie où ces complications se rencontraient; loin de voir alors augmenter les symptômes abdominaux, par l'administration de l'émétique, comme la théorie l'indiquait d'avance, Laënnec constata, au contraire, que les phénomènes morbides des organes digestifs disparaissaient sous l'influence du tartre stibié aussi rapidement que ceux de la maladie principale. Les observations que j'ai recueillies à ce sujet sont entièrement favorables à la pratique de Laënnec; ainsi 10 malades, quoique éprouvant des coliques légères, de la diarrhée, une sensibilité du ventre à la pression, prirent la potion stibiée, et dans aucun de ces cas les symptômes abdominaux ne se sont aggravés; souvent même il y eut un amendement notable; 2 malades qui avaient des

(1) Voir son mémoire dans le t. II, du *medicinische Annalen*, 1830.
(2) *Aus.*, t. I, p. 631.

douleurs ombilicales très vives, accompagnées de selles nombreuses (10 à 12 par jour), prirent néanmoins une potion contenant 3 décigrammes d'émétique, et dès le lendemain la sensibilité du ventre avait presque cessé, et, chose remarquable, le nombre des selles qui semblait devoir s'accroître sous l'influence du tartre stibié, diminua au contraire de plus de moitié. Cependant, je me hâte de dire que si les intestins et surtout l'estomac, étaient le siége d'une phlegmasie violente, maladie d'ailleurs assez rare, il faudrait s'abstenir de donner l'émétique dont l'administration devrait nécessairement aggraver l'inflammation du ventre. La potion stibiée serait également contre-indiquée chez les sujets qui sont affectés de quelque lésion grave de texture, dans les organes digestifs, tels que le ramollissement de la muqueuse stomacale, induration squirheuse de l'estomac, etc. Il faut aussi s'abstenir de donner l'émétique chez les individus qui sont affectés depuis longtemps de diarrhées chroniques, le plus souvent symptomatiques, d'ulcérations tuberculeuses dans les intestins. M. Trousseau dit avoir vu périr rapidement des phthisiques à la suite de l'administration des antimoniaux, qui avaient aggravé l'affection tuberculeuse de l'intestin. Il conseille donc d'être très sobre des préparations stibiées dans le traitement des pneumonies qui affectent les phthisiques (1). Il est presque inutile de dire que l'existence d'une ou de plusieurs hernies ne saurait contre-indiquer l'emploi de la potion stibiée, pourvu qu'on eût le soin de les maintenir exactement par un bandage approprié,

La première contre-indication pour l'emploi du tartre stibié serait, d'après Laënnec, son défaut de *tolérance* qui s'annonce par des évacuations trop abondantes. Je ne saurais adopter cette opinion d'une manière exclusive, car je crois que les effets primitifs produits par l'émétique sont utiles, même quand ils se reproduisent pendant plusieurs jours de suite. Si chaque administration du tartre stibié était suivie d'un amendement dans les symptômes, il faudrait, sans contredit, en continuer l'emploi, malgré les évacuations abondantes qui pourraient survenir, si au contraire, après avoir donné pendant trois ou quatre jours, des doses croissantes d'émétique, on voyait la maladie faire des

(1) *Dict. de médecine*, t. III, p. 226.

progrès et le médicament n'être point toléré, on ne devra point insister davantage, car la prudence veut qu'on tente alors l'emploi d'autres moyens.

Un état de grossesse plus ou moins avancé est-il une contre-indication à l'emploi de la potion stibiée? n'est-il pas à craindre en effet que les secousses violentes du vomissement, que les évacuations alvines abondantes ne provoquent l'expulsion du fœtus; un fait que j'ai observé semblerait justifier ces craintes. Ainsi, une femme enceinte de quatre mois et qui était affectée d'une pneumonie de médiocre intensité, pour laquelle elle avait été saignée deux fois, avorta le lendemain de l'administration d'une potion contenant quatre décigrammes d'émétique. Cependant j'hésite à croire que ce médicament ait été la véritable cause déterminante de la fausse couche; les évacuations avaient été en effet peu abondantes et peu répétées, et il n'y aurait pas plus de raison d'accuser l'émétique que les saignées qui avaient été faites avant. Je crois que l'existence de la pneumonie est la cause principale de l'accident dont je parle; pour le prévenir il faudra donc combattre hardiment la pneumonie par les moyens dont l'expérience a démontré l'efficacité; à ce titre l'émétique devra être donné dès que l'etat du pouls le permettra. Je ne crois pas qu'on doive se laisser arrêter par la crainte des secousses que les vomissemens peuvent imprimer à l'utérus, il me suffira en effet de rappeler que les femmes qui éprouvent, pendant une grande partie de leur grossesse, ces vomissements sympathiques que rien ne peut modérer, n'avortent cependant pas en plus grande proportion que celles dont les fonctions digestives sont intactes. D'ailleurs j'ai donné bien fréquemment de l'émétique ou de l'ipécacuanha à des femmes enceintes, pour combattre les symptômes de l'embarras gastrique sans que j'aie jamais eu à déplorer aucun accident.

Dans le traitement des maladies aiguës qui affectent les femmes enceintes, il ne faut jamais oublier que l'avortement est à craindre, moins par les moyens énergiques que l'on peut employer que par la nature et l'intensité de la maladie; la première indication est donc de s'opposer à ses progrès par tous les moyens usités.

Mais c'est ici surtout qu'il importe de ne pas outrepasser les bornes de la prudences, et si la pneumonie a été jusqu'à ce jour si fatale pour la femme enceinte et le fœtus, on en trouvera peut-être

une raison dans les saignées excessives qu'on a faites chez la plupart d'entre elles.

§ VI. *Accidens qui peuvent être produits par l'administration de l'émétique à haute dose.*

L'usage intérieur de l'émétique finit quelquefois par produire divers accidens qui sont surtout fréquens du côté des organes digestifs. Ainsi j'ai noté que, chez un peu plus du sixième des malades qui ont fait usage de l'émétique à haute dose, on voyait se développer du côté de la bouche et du pharynx, différens phénomènes que quelques personnes ont nommés *saturation antimoniale*, expression impropre, car les accidens dont je vais parler ne surviennent pas parce que l'économie a été saturée d'émétique, mais bien à cause d'une action directe, immédiate et toute locale de ce médicament, sur la membrane muqueuse.

Les malades qui ont pris plusieurs jours la potion stibiée accusent quelquefois une douleur plus ou moins vive dans le pharynx, avec sentiment de constriction, de sécheresse et de chaleur ; la déglutition est difficile, douloureuse ; l'examen de l'arrière-bouche ne m'a parfois rien fait découvrir d'appréciable à la vue, si ce n'est peut-être un peu de sécheresse de la membrane muqueuse. Mais le plus souvent celle-ci est rouge, luisante et sèche ; ou bien elle est tapissée par un mucus épais, visqueux et filant ; c'est là une angine érythémateuse. Les malades se plaignent parfois en même temps d'un sentiment pénible de sécheresse, de chaleur et de tension dans toute la bouche, et éprouvent un goût métallique désagréable, qui n'est point perceptible par l'odorat. A une période plus avancée, des pustules ou de véritables ulcérations se développent, d'abord sur les piliers du voile du palais, à la face postérieure du pharynx et à la voûte palatine, sur les bords de la langue et à la face interne des joues; cette éruption ressemble tantôt aux pustules que les frictions avec une pommade émétisée produisent sur la peau, seulement les pustules qui se développent sur la membrane muqueuse sont moins grosses. Sur les bords de la langue et à sa face inférieure, ce sont des ulcères ronds dont le diamètre varie entre celui d'une petite lentille et celui d'une pièce de 50 centimes; leur surface est grisâtre, leurs bords saillans, écrasés, durs et d'aspect lardacé. A la face supérieure de la

langue, au lieu de cette altération, j'ai vu plusieurs fois de petites ulcérations linéaires, superficielles, irrégulières, disposées souvent en zigzag, et d'une couleur rougeâtre. Toutes les parties molles de la bouche et de la gorge, sont plus ou moins tuméfiées, et tapissées par un mucus visqueux que l'on détache avec peine. La parole et la déglutition sont douloureuses et difficiles, parfois l'altération se propageant vers le larynx, les malades éprouvent de l'enrouement.

Chez huit malades qui succombèrent aux progrès de la pneumonie, j'ai vu des pustules disséminées dans l'œsophage; elles étaient semblables à celles qu'on voyait dans la bouche et le pharynx, sauf qu'elles étaient moins grosses et n'avaient guère que le volume d'un grain de chenevis; elles étaient grisâtres et friables, je n'ai jamais rencontré d'éruption semblable au-delà du cardia. Quelques médecins disent pourtant en avoir vu plusieurs fois dans l'estomac, et peut-être dans les intestins eux-mêmes. Une fois j'ai trouvé sur la grande courbure une ulcération qui m'a paru dépendre de l'émétique, mais la chose doit être excessivement rare, même lorsque le traitement a été continué longtemps et que les doses d'émétique ont été considérables.

Lorque les malades guérissent, on voit les pustules et les ulcérations s'affaisser du deuxième au troisième jour; leur surface se déterge; enfin elles disparaissent du cinquième au huitième jour après la cessation du tartre stibié.

Les accidens dont je viens de parler se sont parfois déclarés immédiatement après la première potion; mais, dans ces cas, les malades ne se plaignaient que d'un peu de douleur à la gorge avec ou sans rougeur, mais sans pustules. Je n'ai guère vu celles-ci survenir, que lorsque les malades avaient pris au moins, pendant deux jours, la potion stibiée.

Je n'ai pu saisir aucune circonstance qui m'ait paru favoriser le développement des accidens que je viens de décrire. On a dit que, lorsque l'enduit de la langue était épais, et que les mucosités qui tapissent la muqueuse buccale et pharyngienne étaient visqueuses, elles retenaient une partie de l'émétique qui était administré, et le mettaient en contact immédiat avec les tissus. Mais s'il en était ainsi, les pustules et l s ulcérations, au lieu d'envahir le pharynx, la voûte palatine, les piliers du voile du palais, la pointe et les bords de la langue, se développeraient

surtout à la face supérieure de ce dernier organe. D'ailleurs il est facile de se convaincre que les mucosités visqueuses, loin d'être une cause prédisposante, sont au contraire consécutives à l'inflammation érythémateuse ou pustuleuse qui envahit la muqueuse buccale et pharyngienne.

Pour prévenir le développement de ces accidens, on a conseillé de donner l'émétique dans une plus grande quantité de véhicule ; je doute que ce moyen soit suffisant, d'ailleurs je n'en puis rien dire, ne l'ayant ni essayé moi-même, ni vu expérimenter par d'autres, un nombre de fois suffisant. L'éruption dont je viens de parler, même lorsqu'elle était très confluente, et que les malades s'en plaignaient beaucoup, ne m'a jamais paru être un accident assez sérieux pour exiger la suspension du traitement contre-stimulant, lorsque, d'ailleurs, les symptômes de la maladie étaient encore assez graves pour exiger que la médication fût continuée. Quelques gargarismes émolliens ou légèrement acidulés, sont les seuls moyens qu'on doive employer pour hâter la guérison des angines, ou des stomatites produites par l'usage de l'émétique.

M. Rayer dit que le tartre stibié, administré à haute dose, produit quelquefois des gastrites et des entérites (1); mais cet auteur convient que ces inflammations artificielles sont en général moins graves et moins rébelles que celles qui se développent spontanément sans cause externe appréciable. Je suis loin de contester la possibilité de pareils accidens; mais je les crois peu communs, et pour mon compte, je n'ai jamais vu une véritable gastrite succéder à l'administration même prolongée du tartre stibié. Il n'est pas rare au contraire qu'après avoir fait usage de la potion émétique, les malades aient, pendant quelques jours, des selles liquides, avec ou sans coliques, que j'ai toujours vu guérir spontanément, et qui n'ont jamais retardé ou allongé la convalescence.

Sur les sujets qui ont succombé, après avoir été soumis au traitement par l'émétique, je n'ai jamais trouvé la muqueuse gastro-intestinale différente de ce qu'elle est chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. Chez deux seulement, j'ai noté une rougeur généralement vive de l'intestin, mais sans altération d'épaisseur ou de consistance du tissu. M. Rayer

(1) Article *Antimoine*, du *Dict. de méd et chir. prat.* t. 3, pag. 48.

avoue également qu'il n'a pas trouvé l'estomac et les intestins notablement enflammés chez les pneumoniques qui étaient morts après l'emploi de l'émétique. Strambio, cet adversaire ardent de la méthode contre-stimulante en Italie, a aussi publié quinze observations de pneumonies observées par Prato à la clinique de Rasori, et qui se sont terminées d'une manière funeste; dans la plupart de ces cas, on voit que les organes digestifs étaient parfaitement sains, quoique quelques-uns de ces individus eussent pris jusqu'à la dose énorme de 31 grammes d'émétique (1 once). Strambio ajoute toutefois que, chez plusieurs, l'estomac fut trouvé enduit intérieurement d'une humeur rouge semblable à un sirop fortement chargé de kermès et que la membrane offrait de la rougeur (1). Cette description est insuffisante pour déterminer s'il y avait là une véritable phlegmasie; mais, à supposer que cela fût, les faits du docteur Strambio n'en démontrent pas moins que, même en donnant l'émétique à doses énormes, il est rare de produire une inflammation dans les organes digestifs.

Il est un symptôme que je n'ose pas appeler précisément un accident, mais qui néanmoins est quelquefois fort fatigant pour les malades; je veux parler du *hoquet*. Ce phénomène n'est pas rare; toutefois je ne saurais préciser son degré de fréquence, car je ne l'ai guère noté dans les cas où il fut tout à fait passager. Chez 8 malades, dont 2 ont succombé, le hoquet persista plusieurs heures; deux fois je l'ai vu durer pendant deux et trois jours. Ce symptôme est survenu à peu près indifféremment après des effets primitifs nombreux, ou après des évacuations peu fréquentes; une fois il fut assez opiniâtre chez un sujet qui présenta constamment de la tolérance. Le hoquet cesse, en général, spontanément; dans les deux cas où il persista plusieurs jours, j'ordonnai quelques antispasmodiques et de l'opium, mais la lenteur avec laquelle il cessa me porte à croire que les médicamens n'avaient eu probablement aucune influence dans sa disparition.

Trois malades éprouvèrent momentanément une rétention d'urine après l'administration du tartre stibié. Il est naturel de rapporter cet accident à la médication, puisqu'il n'a été observé chez aucun des pneumoniques traités par d'autres méthodes.

(1) *Intorno il modo agire del tartoro stibiato*, Milano, 1826.

Chez ces trois individus, on fut obligé de pratiquer le cathétérisme; la rétention d'urine ne persista que pendant douze ou vingt-quatre heures.

Ne peut-il pas arriver que l'émétique administré à haute dose pour guérir la pneumonie, produise la mort par suite d'un véritable empoisonnement? C'est là une grave question qui ne saurait être encore résolue d'une manière certaine. J'ai vu une femme affectée d'une pneumonie grave, mais dont le mode de terminaison était encore incertain, éprouver, après l'administration de la deuxième potion stibiée, des symptômes extrêmement fâcheux. Ainsi la malade que je quittai la veille dans un état presque satisfaisant, était agonisante le lendemain matin; sa figure offrait une pâleur mortelle, ses traits étaient profondément altérés, ses yeux égarés, ses paroles incohérentes, le pouls était d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes, sa peau froide et couverte d'une sueur visqueuse; enfin quatre heures plus tard cette malheureuse avait cessé d'exister. L'hépatisation rouge et grise du lobe supérieur, que je trouvai à l'autopsie, était une lésion suffisante pour expliquer la mort de la malade, mais la pneumonie seule pouvait-elle rendre compte des accidens formidables qui apparurent brusquement trente-six heures environ avant la mort? La chose n'est pas impossible, mais ce n'est pas là la marche ordinaire de la pneumonie *primitive*; aussi je ne puis m'empêcher de *soupçonner* que l'émétique a peut-être eu quelque part dans la production de ces accidens. D'ailleurs, quelques expériences faites sur les animaux vivans, et en particulier celles de M. Rayer, ont prouvé que, sous l'influence de fortes doses d'émétique, les animaux succombaient souvent d'une manière rapide, sans que l'examen des viscères présentât des lésions appréciables. On a dit que plusieurs malades traités par Rasori lui-même étaient morts victimes de sa méthode; ainsi le docteur Strambio, dans le travail que j'ai déjà cité, rapporte qu'à l'ouverture des cadavres de plusieurs pneumoniques morts dans le service de Rasori, après avoir pris des doses considérables d'émétique, on ne trouva, ni dans les poumons, ni dans le tube digestif des lésions suffisantes pour expliquer la terminaison fatale. L'auteur suppose que la mort fut dans ces cas *le résultat de l'épuisement des forces vitales*, produit par l'énorme quantité de tartre stibié qui avait été administré.

L'opinion de Strambio peut être vraie, mais elle n'est pas prouvée ; d'ailleurs l'extrême concision, l'absence même des détails les plus importans dans l'autopsie diminuent beaucoup la confiance qu'on aurait pu avoir dans les observations de l'auteur. Ces détails étaient ici d'autant plus indispensables, que M. Strambio s'était posé comme l'adversaire de la doctrine rasorienne ; il aurait dû, par conséquent, justifier ses préventions, en présentant des faits assez circonstanciés pour entraîner la conviction du lecteur. Enfin Giacomini (1) a observé lui-même des effets toxiques sur trois malades qu'il a traités à sa clinique, et chez lesquels la dose du remède avait été portée au-delà des exigences de la maladie. Chez ces individus, il n'y eut ni vomissemens ni selles, mais il remarqua un refroidissement général, de la pâleur, de l'immobilité, l'engourdissement, la petitesse et la faiblesse du pouls, la face hippocratique et les défaillances, accidens qui ont beaucoup d'analogie avec ceux que j'observai moi-même chez la femme dont j'ai parlé précédemment.

Je crois, en résumé, qu'il existe actuellement quelques faits qui semblent prouver que l'émétique administré à haute dose a parfois produit des symptômes d'empoisonnement ; on a vu également que cet effet toxique de l'émétique ne se révèle pas par une superpurgation, mais par des symptômes de collapsus qui semblent indiquer que le médicament absorbé a porté spécialement une atteinte profonde au principe de l'innervation. Dans les cas où on serait témoin d'un pareil malheur, on devra à l'instant suspendre l'administration du remède, et l'on donnera à l'intérieur le vin, l'alcool, les éthers, qui sont les substances qui peuvent diminuer ou dissiper le plus promptement les effets toxiques du tartre stibié. Les médecins italiens conseillent aussi l'opium, mais ce médicament ne devra être administré que lorsque les vomissemens et les selles étant très-abondans, il y aura un grand intérêt à les supprimer pour ne pas augmenter l'état de délibilité des sujets.

### § VII. *Mode d'action de l'émétique donné à haute dose.*

On a cherché à se rendre compte du mode d'action de l'é-

(1) *Traité ph. et exp. de mat. méd. et de théra.*, p. 262 de la traduction française.

métique donné à haute dose pour amener la résolution de la pneumonie. Rasori, fidèle à sa doctrine, reconnaissait à l'émétique une action fortement contre-stimulante, c'est-à-dire qu'il donnait ce médicament, dans le but de modérer et d'abattre cet être idéal qu'il nommait la force de stimulation et qu'il croyait être en excès dans le cas de pneumonie. Suivant lui, la saignée et l'émétique agissaient de la même manière; la première, en enlevant au système vasculaire une portion de la matière stimulante dont il est rempli; la seconde, en portant sur tout le tube digestif une puissance contre-stimulante énergique. Mais cette explication de Rasori n'est qu'une hypothèse, car rien ne démontre l'existence des forces occultes qu'il a supposées.

Laënnec, frappé de voir des épanchemens liquides ou des engorgemens viscéraux disparaître d'autant plus promptement, se résoudre d'autant plus vite par l'administration de l'émétique à haute dose, que ce médicament n'avait produit ni vomissemens ni selles, admettait que le tartre stibié agissait en augmentant l'énergie de l'absorption interstituelle, particulièrement quand il existe dans l'économie un surcroît d'énergie, de ton ou de pléthore (1). M. le professeur Trousseau (2) ne voit au contraire dans les préparations antimoniales que des agens toxiques dont l'influence se fait spécialement sentir sur le cœur et le poumon, tandis que M. Téalier s'explique l'action de l'émétique à haute dose, en supposant que ce médicament est un puissant sédatif du système nerveux, et croit que c'est en agissant primitivement sur ce système, qu'il ralentit ensuite la circulation (3). Enfin, plusieurs auteurs modernes, parmi lesquels je citerai Broussais, Dance et Barbier (d'Amiens), ne reconnaissent à l'émétique aucune propriété spéciale; ils croient que ce médicament n'agit que comme un dérivatif puissant, car il est appliqué sur une grande surface; ils pensent aussi qu'il est utile par les évacuations qu'il provoque. M. Chomel croit également que les vomissemens ont peut-être un autre mode d'action que l'effet évacuant : il suppose que les secousses qui ont lieu pendant l'acte du vomissement, en resserrant la poitrine et en compri-

(1) *Aus.*, t. I, p. 633.
(2) *Dict. de Méd.*, art. *Antimoine*.
(3) *Tartre stibié*, Paris, 1832, p. 422.

mant le poumon, peuvent exprimer mécaniquement les mucosités et les liquides qui obstruent, qui engorgent le viscère malade, et favoriser ainsi la résolution de l'engorgement pulmonaire; cet effet me paraît assez probable.

Je ne crois pas qu'on doive admettre que l'émétique n'a qu'une action révulsive, et qu'il n'agit pas autrement que tout autre vomitif ou purgatif, car, s'il en était ainsi, comment expliquer ces améliorations rapides qui surviennent, douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'administration d'une potion stibiée, sans que les malades aient éprouvé aucune crise, aucune douleur, aucune évacuation qui puisse rendre compte des changemens favorables qu'on observe. On sait que Rasori, que Laënnec et que beaucoup d'autres, s'efforçaient de provoquer le moins possible les évacuations; tous leurs soins étaient dirigés à obtenir le plus vîte une tolérance complète; beaucoup de leurs malades ont guéri néanmoins; résultat qu'on ne peut s'empêcher de rapporter à l'émétique, car les autres moyens de traitement qui furent employés furent souvent nuls et peu actifs. Cependant les médecins qui expliquent les avantages de l'émétique dans la pneumonie, par une action révulsive sur le tube digestif, semblent eux-mêmes admettre un autre mode d'action, à en juger du moins par leur pratique. En effet, ils donnent tous le tartre stibié à haute dose et d'après les principes de l'école contre-stimulante; s'ils pensent réellement que ce médicament n'agit que comme révulsif, il est parfaitement inutile d'en administrer une aussi grande quantité, il y aurait même alors plus d'avantage à le prescrire à petite dose, et suivant la méthode de Rivière, comme on le donne quand on veut qu'il n'agisse que comme évacuant.

Pour déterminer d'une manière rigoureuse si l'émétique agit plutôt par ses effets révulsifs que par une action spéciale consécutive à son absorption, il faudrait posséder un grand nombre d'observations de pneumonies traitées par l'émétique, afin de déterminer si les malades qui ont toujours eu des effets primitifs nombreux ont guéri en plus grand nombre et plus vîte que les individus qui ont constamment présenté le phénomène de la tolérance. Malheureusement je ne puis moi-même établir cette comparaison, attendu que la tolérance complète a été rare chez mes malades, puisque je ne l'ai observée que chez douze.

Nous avons déjà dit que, sur ce nombre, neuf avaient succombé. Ces faits sont-ils favorables à la doctrine de la révulsion? peut-on en conclure rigoureusement que cette grande mortalité n'aurait pas eu lieu si, en place de la tolérance que les malades ont eue constamment, ils avaient éprouvé quelques effets primitifs? il est impossible de l'affirmer. D'ailleurs, si la tolérance a toujours eu lieu chez ces malades, il faut en rechercher les causes dans l'âge avancé des sujets, dans la gravité de la maladie, circonstances qui avaient rendu les organes digestifs moins impressionnables à l'action de l'émétique.

Chez les trois malades qui guérirent sans avoir présenté d'effets primitifs à aucune époque du traitement, l'amélioration commenca après la seconde ou la troisième potion, et la convalescence était complète un peu avant la fin du quinzième jour; c'est-à-dire un peu plus tard que chez les malades qui éprouvèrent quelque évacuation ; néanmoins l'amélioration fut assez rapide chez ces sujets après l'administration de l'émétique, pour qu'on soit forcé d'admettre que ce médicament a réellement exercé une influence salutaire. Comment supposer qu'un remède aussi actif que l'émétique n'ait d'efficacité, dans la pneumonie, que par les effets évacuans, tandis que la chimie a prouvé qu'il était absorbé et que, mêlé au sang, il était porté ensuite dans tous les organes de l'économie. Ce fait, annoncé pour la première fois par M. Magendie, en 1813, vient d'être démontré d'une manière positive par M. Orfila. Ce professeur ayant en effet analysé, par des procédés particuliers et soumis à l'appareil de Marsh, les principaux viscères (les organes secréteurs surtout), de plusieurs individus morts de pneumonie, et qui avaient pris, pendant la vie, de l'émétique à haute dose, est parvenu à retirer l'antimoine métallique de la portion de tartre stibié qui avait été absorbé (1). La sécrétion urinaire est la voie principale par laquelle l'émétique, qui a pénétré dans le sang, est ensuite éliminé de l'économie; M. Orfila a, en effet, extrait une certaine quantité d'antimoine métallique, de l'urine provenant de plusieurs individus atteints de pneumonie qu'on avait traités par de fortes doses de tartre stibié; le métal a été retrouvé aussi bien chez ceux qui avaient toujours eu des effets primitifs, que chez

(1) *Mém. de l'Ac. royale de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 308.

les malades qui avaient toujours présenté le phénomène de la tolérance. L'émétique paraît être éliminé assez rapidement, à en juger du moins, par une seule expérience de M. Orfila, qui n'en a retrouvé aucun vestige dans l'urine d'un malade qui avait été rendue trois jours après l'ingestion de la dernière potion stibiée.

Les faits qui précèdent doivent faire supposer que l'émétique administré dans les cas de pneumonie, agit à la fois et par l'action révulsive qu'il exerce sur le tube digestif, et par les changemens que son absorption doit amener dans la nutrition des tissus. Quant à son action intime, nous l'ignorons, comme nous ignorons celle de presque tous les médicamens. Il nous est également impossible de déterminer, d'une manière rigoureuse, l'organe ou l'appareil sur lequel se déploie de préférence son action. Cependant, à en juger par les effets qu'il produit, il est rationnel de penser, que l'émétique donné à haute dose, exerce une action spéciale sur les appareils de la circulation et de l'innervation. Sur le premier, il a une influence sédative, puisqu'un de ses effets les plus immédiats et les plus remarquables, est un ralentissement considérable dans le nombre des pulsations artérielles et un affaiblissement de l'énergie des contractions du cœur. L'action de l'émétique, sur les centres sensitifs est prouvée, par l'accablement, par le brisement des forces et l'altération profonde dans la contractilité musculaire; phénomènes moins constants que les premiers, mais qui sont souvent portés à un très haut degré, et qui sont d'ailleurs indépendans des évacuations plus ou moins nombreuses que le médicament a produites, puisqu'en effet les phénomènes de collapsus ou d'hyposthénie générale peuvent exister à un haut degré, bien que l'émétique n'ait jamais provoqué des effets primitifs. Enfin les sueurs abondantes, la diminution de la colorification, qui sont un des effets ordinaires de l'administration de l'émétique à haute dose, semblent tenir à la fois de l'action directe que le médicament exerce sur les appareils circulatoire et sensitif. D'après toutes ces considérations, je pense qu'on doit admettre que l'émétique administré à haute dose exerce une action générale, intime, occulte, et que c'est à elle surtout qu'il faut rapporter les effets avantageux que la médication produit dans les maladies sthéniques. Enfin je regarde l'action locale du tartre stibié

sur le tube digestif, comme étant avantageuse sans doute, mais elle ne me paraît être qu'accessoire.

### § VIII. *De quelques autres préparations antimoniales employées dans le traitement de la pneumonie.*

Plusieurs autres préparations antimoniales ont été encore administrées à haute dose dans le traitement de la pneumonie, on a surtout vanté le kermès et l'oxyde blanc d'antimoine.

#### 1° *Du kermès.*

Le kermès minéral (sous-hydrosulfate d'antimoine) n'est généralement employé que dans les cas de bronchite, ou au déclin des pneumonies, à titre d'expectorant, et en quantité peu considérable : cependant quelques praticiens, et dans ces dernières années, M. le professeur Trousseau surtout, l'ont donné à plus haute dose durant tout le cours de la pneumonie, et l'ont regardé comme exerçant une action analogue de celle du tartre stibié. M. Trousseau dit, en effet (1), que dans le traitement de la pneumonie, le kermès ne le cède en rien à l'émétique; il lui trouve même l'avantage d'être moins violent et de causer bien plus rarement ces inflammations consécutives de la portion sus diaphragmatique des organes digestifs. M. Rayer a pu, en effet, porter la dose de kermès jusqu'à près de 5 grammes (90 grains) souvent sans provoquer aucune douleur gastro-intestinale ni des vomissemens ni de la diarrhée (2). Suivant ce dernier observateur, le kermès purge plus souvent qu'il ne fait vomir, et fait moins rarement disparaître les premiers symptômes d'une pneumonie que l'émétique; enfin, il est parfaitement démontré, pour M. Rayer, que la préparation dont nous parlons, à la dose de 3, 4, 5, 10, 15 ou 20 décigrammes et plus, n'a pas une action salutaire aussi marquée qu'on l'a dit, contre les pneumonies hépatisées et qui ne sont pas accompagnées d'expectoration (pneumonies sèches). Cependant M. Rayer a vu plusieurs cas de pneumonie où l'emploi du kermès à haute dose a été réellement avantageux.

Il est à regretter que MM. Trousseau et Rayer ne nous aient

(1) *Traité de thérap.*, t. II, 2e partie, p. 526.

(2) *Dict. de Méd. et de chirurgie pratiques*, art. *Antimoine*.

pas donné une analyse plus complète des faits qu'ils avaient observés et auxquels ils auraient donné un grand intérêt, en les comparant à ceux où d'autres modes de traitement avaient été employés. Pour moi, n'ayant encore recueilli aucune observation sur les effets thérapeutiques du kermès dans la pneumonie, il m'est impossible d'émettre aucune opinion sur la confiance qu'on peut avoir dans ce médicament. D'ailleurs, quelques faits consignés dans le travail de MM. Rilliet et Barthez semblent prouver que le kermès peut être utilement employé dans la pneumonie des enfans, chez lesquels on a porté quelquefois la dose jusqu'à environ 1 gramme (18 grains) (1).

En Italie, le kermès paraît être très généralement employé; on lit, en effet, dans le *Traité de Thérapeutique et de Matière médicale* du professeur Giacomini (2) que l'usage de prescrire le kermès minéral dès le début de la pneumonie, en même temps que la saignée, est généralement adoptée, non comme jadis, à un ou deux centigrammes par jour (un quart de grain à un demi-grain); mais bien à 20, 50, 100 centigrammes (4, 10, 20 grains), et toujours avec des résultats avantageux. Dans les inflammations des organes pectoraux, on le préfère généralement au tartre stibié, et il est même des praticiens qui commencent et achèvent le traitement avec lui seul.

Enfin dans ces derniers temps on a publié en France, quelques notes qui sembleraient justifier la confiance que les médecins italiens ont dans le kermès. Ainsi M. le docteur Double dit avoir traité 33 pneumonies par des saignées modérées, auxquelles il faisait succéder l'usage du kermès, dont il portait la dose de 3 à 10 grammes (55 à 180 grains). Sur ces trente-trois pneumonies il n'y a eu qu'un seul cas de mort, mais je crois que l'âge généralement peu avancé des malades et le peu de gravité de la maladie expliquent ces résultats avantageux (3); enfin je ne crois pas devoir insister ici, sur les douze observations de pneumonies, que M. le docteur Lemarchand a publiées pour prouver l'utilité du kermès dans la pneumonie employé simultanément avec l'usage des saignées générales et locales (4).

(1) *Loc. cit.*, p. 155.

(2) P. 284 de la traduction française.

(3) *Journ. des Conn. Méd. Chirurg.*, n° de nov. 1839.

(4) *Journ. des Conn. Méd. Chir.*, n° de février, 1838.

C'est précisément à cause de cette association qu'il est impossible de rien conclure des faits publiés par le médecin dont je parle.

Tout ce que je viens de dire paraît devoir s'appliquer à l'hydrosulfate sulfuré d'antimoine, (soufre doré) qui a sur l'économie animale, la même action que le kermès ; on le donne aux mêmes doses que celui-ci. Quand on administre ces substances, il faut se rappeler qu'elles sont insolubles; aussi, lorsqu'on les suspend dans une potion gommeuse, on devra prévenir le malade de bien agiter la fiole chaque fois, avant de s'en servir.

## 2° *Oxyde blanc d'antimoine.*

Plusieurs autres préparations insolubles d'antimoine, telles que l'antimoine diaphorétique lavé, et les divers oxydes et acides de ce métal, étaient regardées, en 1832 et 33, par M. Trousseau, comme ayant une grande efficacité dans le traitement des pneumonies; mais depuis cette époque, ce professeur ayant continué ses recherches, n'a plus obtenu des résultats aussi avantageux. Il paraît même qu'en 1838, M. Trousseau avait exclu du traitement de la pneumonie tous les antimoines insolubles, à l'exception du kermès et du régule, auxquels il reconnaissait encore un certain degré d'activité. Depuis les publications de M. Trousseau, quelques autres médecins ont recueilli et publié de nouveaux faits, relatifs à l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine dans la pneumonie, spécialement chez les enfans. Ces observations sont éparses dans les Thèses de la Faculté et dans les Recueils Scientifiques; j'en ai lu un grand nombre, et j'avoue que la plupart sont loin de démontrer que cette préparation antimoniale ait été réellement avantageuse. Chez les uns, en effet, l'oxyde blanc fut donné en même temps que les malades étaient plus ou moins largement saignés, de sorte qu'il est impossible de faire la part qui revient, en particulier, à chacune de ces médications; chez d'autres la pneumonie était manifestement dans sa période de décroissance lorsque l'oxyde blanc fut administré, il serait donc peu juste de lui attribuer la guérison. Enfin, chez un grand nombre de malades, où la préparation antimoniale fut prescrite pendant que la pneumonie était stationnaire ou continuait même à s'aggraver, l'amélioration a été tellement lente, il s'est écoulé un temps si long entre l'administration du remède et la diminution des symptômes, qu'on

hésite souvent à attribuer à la médication, les effets que l'on a observés, ceux-ci pouvant, avec tout autant de raison, être rapportés aux forces de la nature.

Cependant il y a quelques faits qui, sans contredit, semblent prouver l'utilité des antimoniaux insolubles dans le traitement de la pneumonie ; je citerai en particulier plusieurs des observations que le docteur Patin a consignées dans sa thèse inaugurale (1). L'amélioration dans les symptômes généraux et locaux a suivi de si près l'administration du remède, puisqu'elle est généralement survenue après le premier ou le deuxième jour, qu'il est difficile de ne pas le rapporter au traitement qu'on a suivi. Quelques-uns de ces faits sont d'ailleurs, d'autant plus favorables aux antimoniaux, que les malades ne furent point saignés ni soumis à aucune autre médication active. Mais, pour prouver l'efficacité d'un traitement, et surtout pour démontrer sa supériorité sur toutes les autres méthodes rivales, il faut non-seulement des faits plus nombreux, plus variés, mais il faut encore que ces observations aient été recueillies dans des temps différens, afin de démontrer, que l'influence du remède, a été indépendante de l'action qu'aurait pu exercer sur la marche de la maladie une constitution médicale passagère.

M. Rayer a voulu aussi expérimenter l'antimoine diaphorétique dans le traitement de la pneumonie ; il l'a donné à la dose de huit ou douze grammes (deux à trois gros) pendant plus de huit jours, sans produire de dérangement notable dans les organes digestifs ; tous les malades ont guéri ; mais trop peu confiant dans l'action du remède, M. Rayer employait de concert la saignée, de sorte que l'influence que la préparation antimoniale a exercée sur la pneumonie, reste incertaine. Quant à son action sur l'estomac et les intestins, elle a paru être à M. Rayer beaucoup moins prononcée que celle du kermès. MM. Rilliet et Barthez sont arrivés au mêmes conclusions ; ils n'ont reconnu à l'oxyde blanc aucune action sur les voies digestives pendant la vie, et doutent de leur utilité dans le traitement de la pneumonie chez les enfans.

Je n'ai pas recherché par moi-même si l'oxyde blanc pouvait être utile dans les inflammations pulmonaires ; mais j'ai re-

(1) *Thèses de Paris*, n° 109, de 1833.

cueilli dans divers services dix-sept observations où ce médicament fut administré.

Les dix-sept malades dont je parle étaient jeunes, car leur moyenne ne dépassait pas trente-trois ans ; leur pneumonie était généralement grave, tous avaient été plus ou moins largement saignés, lorsque l'oxyde blanc d'antimoine fut administré. Sur ces dix-sept malades, cinq succombèrent, sans que la préparation antimoniale qui fut portée à la dose de huit ou douze grammes, dans les vingt-quatre heures, ait jamais empêché les symptômes de s'aggraver à chaque instant. Parmi les douze malades qui ont guéri, il en est neuf dont la guérison ne peut être rapportée à l'action de l'oxyde blanc d'antimoine sur les poumons, puisqu'en effet, chez les uns, ce médicament fut administré à une époque où la maladie, si elle ne commençait déjà à décroître, avait cessé de s'aggraver ; chez les autres une ou plusieurs saignées ayant été faites dans le même temps, il est impossible de dire le remède qui a eu la plus grande part dans la diminution des accidens. Chez trois malades seulement, la pneumonie était encore grave et continuait à faire des progrès lorsque l'on tenta l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine à la dose de quatre à douze grammes; l'amélioration fut prompte, car ces individus furent soulagés vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'administration de la première potion, de sorte qu'il est naturel de rapporter cet effet au médicament employé. Si j'en excepte un seul malade, qui eut, après l'administration d'une première dose d'oxyde blanc d'antimoine, trois selles liquides et très fétides, tous les autres individus supportèrent parfaitement le remède, qui ne détermina aucun trouble appréciable du côté des fonctions digestives.

D'après les faits qui précèdent, et dans l'état actuel de la science, on doit admettre, que quelques médecins ont beaucoup trop exagéré l'utilité des antimoniaux insolubles, et en particulier de l'oxyde blanc dans le traitement de la pneumonie. Je crois aussi que ceux qui ont regardé ces médicamens comme étant absolument inertes ont été peut-être injustes. Je pense en effet qu'ils ont été quelquefois utiles, et les praticiens auraient tort de renoncer tout à fait à leur emploi. Cependant, je crois que les antimoniaux insolubles ne devraient être administrés, que lorsqu'il y a impossibilité absolue de donner le

tartre stibié. Si, en effet, les organes digestifs étaient le siége de quelque grave altération, dont l'émétique pourrait hâter les progrès, il serait prudent de le remplacer par l'oxyde blanc d'antimoine, qui, comme nous l'avons vu, trouble rarement les fonctions digestives.

La dose de l'oxyde blanc d'antimoine sera pour les enfans à la mamelle de trois à dix décigrammes ; pour les adultes, elle varie entre deux et seize grammes. Le médicament est suspendu dans un looch ou une potion gommeuse, qu'on donne par cuillerée d'heure en heure. On recommandera au malade d'agiter sa potion chaque fois qu'il en use, à cause de la tendance de l'antimoine à se précipiter.

### § IX. *De quelques autres médicamens contre-stimulans.*

Les préparations antimoniales ne sont pas les seuls médicamens qui aient été employés dans la pneumonie, à titre de contre-stimulans par l'école rasorienne ; on a encore signalé plusieurs autres substances comme ayant des propriétés analogues à celles du tartre stibié, et on a surtout préconisé, dans ce but, l'acétate de plomb, la digitale et l'acide hydrocyanique.

#### 1° *Acétate de plomb.*

L'acétate de plomb a été administré par les contre-stimulistes jusqu'à la dose de 4 grammes par jour. Ils ont dit que ce médicament avait pour effet, comme les préparations antimoniales, d'abaisser le pouls et la vitalité générale ; toutefois je ne connais encore aucune série d'observations assez exactes pour justifier la confiance que quelques personnes paraissent avoir eue dans l'action de l'acétate de plomb, pour guérir les pneumonies. Un médecin allemand, le docteur Scharf, a publié pourtant, il y a quelques années (1), un mémoire, dans le but de prouver que ce remède jouissait d'une grande efficacité dans les inflammations pulmonaires ; mais ce travail ne peut inspirer aucune confiance ; rien ne prouve en effet que l'auteur ait traité de véritables pneumonies, car, pour établir son diagnostic, il paraît n'avoir employé ni la percussion, ni l'auscultation, et les autres symptômes n'ont été

(1) Rust *magazin*, vol. 48.

indiqués que d'une manière peu précise. D'ailleurs, à supposer que tous les malades de M. Scharf aient été affectés de pneumonie, rien ne prouve qu'ils aient guéri sous l'influence de l'acétate de plomb, puisque tous ces individus ont été saignés une ou plusieurs fois, et qu'indépendamment de l'acétate de plomb, qui d'ailleurs, n'a pas été donné à haute dose, on a aussi administré concurremment l'opium et la digitale. L'emploi de l'acétate de plomb dans la pneumonie paraît être une pratique assez répandue dans une partie de l'Allemagne ; on sait en effet que Richter a préconisé une potion que les malades prennent par cuillerées, toutes les trois heures, et qui se compose d'acétate de plomb, 2 décigrammes ; teinture d'opium, 2 grammes ; eau distillée, 156 grammes ; sirop d'althœa, 32 grammes (3). Mais, je le répète, il est impossible d'avoir aucune espèce de confiance dans les travaux thérapeutiques entrepris dans les pays d'outre Rhin, où la polypharmacie est encore en honneur, où les substances les plus actives sont administrées concurremment, de telle sorte qu'il est impossible d'assigner à chacune la part qu'elle a eu dans les succès ou les revers. Ajoutons enfin que les médecins allemands ne sont pas encore assez pénétrés de la nécessité qu'il y a, avant d'expérimenter un remède, d'établir le diagnostic de l'affection sur des bases certaines. C'est ce qu'on remarque en particulier pour les malades traités par l'acétate de plomb, et qu'on dit avoir été atteints de pneumonie, sans qu'il soit bien certain que telle a été en effet la nature de la maladie.

2° *Digitale.*

Rasori dit avoir reconnu des propriétés contre-stimulantes à la digitale employée à haute dose ; il a administré en effet ce médicament dans la pneumonie, au même titre que le tartre stibié. Ce célèbre médecin assure qu'on peut vaincre les péripneumonies peu intenses avec la digitale comme avec l'émétique, sans avoir besoin d'employer la saignée, et dans les phlegmasies plus graves, diminuer le nombre des évacuations sanguines, qui seraient indispensables si on ne donnait pas ce précieux contre-stimulant. Il paraît que le ralentissement et

(1) En voir une obs. dans la *Gaz. méd. de Berlin*, juillet 1834.

l'irrégularité du pouls sont les deux phénomènes qu'on observe le plus souvent et le plus rapidement, après l'administration de la digitale à haute dose. Rasori a publié un mémoire sur les propriétés contre-stimulantes de ce médicament, mais ce travail, publié en 1811 (1), est complétement inconnu en France, de sorte qu'il m'a été impossible de juger le degré de confiance qu'on doit avoir dans les résultats obtenus par l'illustre professeur italien. Je ne sais aussi si Tommasini, qui a considéré la digitale comme un contre-stimulant, l'a employé dans la pneumonie; il est permis d'en douter, puisqu'il n'en parle pas dans le mémoire qu'il a publié sur les effets de la digitale pourprée, dans le *Journal de la société médico-chirurgicale de Parme* (2).

Un médecin anglais, Cuming, a rapporté plus récemment (3) deux observasions qu'il donne comme des exemples de pneumonies, traitées et guéries par l'usage de la digitale, qu'il prescrivait sous forme de teinture. Mais en lisant les faits dont je parle, rien ne prouve que l'auteur ait réellement traité une phlegmasie pulmonaire; et il est impossible d'invoquer de pareilles observations pour prouver l'efficacité d'aucune méthode, puisque le diagnostic n'est pas suffisamment établi. Ces deux faits étant les seuls que j'ai pu consulter sur l'administration de la digitale dans la pneumonie, n'ayant jamais expérimenté ce médicament pour constater ses vertus contre-stimulantes, il m'est impossible d'exprimer aucune opinion à ce sujet. D'ailleurs Rasori avait fini par abandonner l'usage de la digitale, à titre de contre-stimulant, parce qu'il avait reconnu à ce médicament de graves inconvéniens; il avait vu que, donnée à haute dose, la digitale produisait un trouble très grand dans le rhythme du pouls, de sorte que souvent il devenait impossible de distinguer les anomalies de la circulation causées par la digitale, de celles qui dérivent de la condition morbide. Ainsi, l'état du pouls manquant tout à fait pour mesurer l'état de maladie on était souvent exposé à médicamenter sans nécessité, ou à

(1) *Della operazione della digitale sul corpo vivente.* (*Anna. di sci. e lettere*, V. II, p. 189, juin, 1811. *Opusc. di med. clin.*, Milano, 1830. t. II p. 5.

(2) T. III, n° 3, ou *Bayle, Bib. de Ther.*, Paris, 1835., t. III, p. 97.

(3) *London med. and phys. journal. Bayle, Bib. de Thér.*, t. III, p. 330.

rester dans l'inaction, tandis qu'il était encore nécessaire d'agir.

### 5° *Acide cyanhydrique, ou hydrocyanique, ou prussique. Eau de laurier cerise.*

L'école italienne ayant reconnu des propriétés contre-stimulantes très énergiques à l'acide cyanhydrique, propose de l'employer dans les mêmes circonstances que les médicamens dont je viens de parler. Ce fut Borda qui, dès l'année 1804, appela l'attention des médecins sur les effets thérapeutiques de l'acide hydrocyanique; et le premier il administra ce remède dans plusieurs cas de pneumonie qu'il guérit, sans avoir recours à aucune émission sanguine (1). Quelques années après, Bréra obtint à la clinique de Padoue des succès analogues (2); et il paraît que depuis cette époque l'usage de l'acide cyanhydrique, dans le traitement de la pneumonie, s'est répandu dans toute l'Italie, et dans plusieurs autres pays spécialement en Allemagne.

L'eau de laurier cerise, qui, comme on sait, n'agit que par l'acide prussique qu'elle contient, a été également prescrite dans les cas de pneumonie, mais en général on a fait précéder son administration d'une ou plusieurs saignées. J'indique ces résultats sans commentaires; n'ayant pas en mon pouvoir les faits sur lesquels on les appuie, je ne puis les discuter ici. Cependant après les témoignages de Borda, de Béra et de Tommasini, et lorsque tout récemment encore, nous voyons Giacomini dire (3) qu'on ne peut plus contester l'utilité de l'eau de laurier cerise comme contre-stimulant dans les maladies inflammatoires, il nous est impossible de repousser tout à fait ce remède, mais jusqu'à présent nous ne possédons aucune donnée certaine sur l'opportunité de son emploi.

L'acide prussique est tellement dangereux, il s'altère si facilement, qu'il serait peut-être prudent d'y renoncer et de donner la préférence à l'eau cohobée, puisqu'elle jouit des mêmes vertus contre-stimulantes. En Italie, on prescrit cette dernière prépara-

(1) *Memorie intorno alla vita dis. Borda suitte dal prof. del chiappa.* Pavia, 1834, p. 62.

(2) *Prospetto de resull. otten. nella clinica delli unita di Padova delli.* anni 1809-15. *Manzoni. de præcipu. aci. prussici, med. facul.*

(3) Voir *Giacomini*, p. 131 de la trad. française.

tion à la dose de 15, 20, et même 30 grammes dans les 24 heures. En général la dose est bornée à 2 et 4 grammes, (1/2 gros à 1 gros) dans le courant de la journée; c'est une quantité peu considérable si on la compare à celle que nous administrons à Paris. Mais il paraît que l'eau cohobée d'Italie est plus active que la nôtre, aussi il importe dans tous les cas, avant de l'administrer, de connaître d'avance le degré d'activité qu'elle a, afin d'en proportionner la dose à l'intensité d'effet qu'on veut produire. Il est utile de dire que l'usage de ce médicament peut quelquefois produire divers symptômes cérébraux qui ont généralement cédé en suspendant le remède, ou en donnant quelques excitans diffusibles.

## ARTICLE III.

### Méthode altérante.

On sait qu'en thérapeutique on a donné le nom *d'altérans*, aux médicamens qui, administrés généralement à petites doses, amènent la résolution des engorgemens, par suite de l'action spéciale qu'ils exercent sur la nutrition et sans produire aucune évacuation appréciable. De tous les remèdes rangés dans la classe des altérans, les mercuriaux et le calomel en particulier sont ceux qui ont été le plus souvent employés dans le traitement de la pneumonie. Cette méthode paraît avoir été depuis longtemps suivie en Italie, car Sarcone a assez longuement parlé dans son livre, de l'abus que certains médecins de son époque faisaient des remèdes mercuriaux dans le traitement des maladies aiguës de poitrine (1). En Allemagne, on donne aussi fréquemment le calomel, surtout lorsqu'on soupçonne une complication hépatique (2); mais c'est en Angleterre spécialement, que le mercure a été préconisé; on l'administre tantôt seul, tantôt combiné à l'opium. Robert Hamilton (3) et plus tard le docteur Armstrong (4) ont beaucoup vanté l'association de ces deux remèdes; il paraît qu'aujourd'hui ils sont d'un usage général en Angleterre comme moyen secondaire, après qu'on a fait tom-

(1) *Mal. de Naples*, t. I, p. 193.
(2) *Journ. de Fran*, t. II, sect. prem., p. 402.
(3) *Méd. commentaries*, vol. IV, p. 191.
(4) *Prat. illust. of typh. fever*, p. 453.

ber par les saignées l'organisme inflammatoire (1). On croit que l'efficacité dépend en grande partie de l'influence que le mercure exerce sur les gencives; cependant quelquefois l'amélioration a lieu avant que la salivation commence, surtout chez les enfans. On s'est demandé lequel des deux remèdes, du calomel ou de l'opium était utile. Hamilton pense que c'est le calomel et ne lui associe l'opium que pour calmer la douleur, tandis qu'Armstrong attribue à celui-ci une vertu antiphlogistique que le docteur Williams lui conteste. Suivant ce dernier, l'opium est un sédatif pour la toux et la douleur, le mercure agirait au contraire comme antiphlogistique.

Le calomel est généralement administré, malgré ses effets purgatifs, on regarde même comme une chose utile que les premières doses soient suivies de quelques selles, ce qui rend, dit-on, plus facile, plus active, l'absorption des doses de calomel qu'on donne ensuite. En Angleterre, immédiatement après la première saignée, ou prescrit de 25 centigrammes à 10 décigrammes de calomel. (5 à 20 grains). Dans la forme sthénique de la maladie on en donne souvent de 3 à 6 décigrammes (6 à 12 grains) et même plus, trois ou quatre fois par jour. La quantité d'opium qu'on associe au calomel varie; si la douleur est vive, on donne pour 3 décigrammes (6 grains) de calomel, 7 centigrammes 1/2 d'opium (1 grain 1/2); mais si le cœur a une grande activité, la moitié ou le tiers de cette dose suffit généralement pour empêcher le mercure d'irriter l'intestin, ce qui est le principal objet de l'opium. On préfère quelquefois donner la poudre de Dower ou tout autre préparation opiacée, ou bien les sels de morphine. Lorsqu'il y a trouble du côté des fonctions de l'estomac, que la langue est sèche, les médecins anglais conseillent de donner le calomel a dose plus petite, ils en prescrivent alors 5 centigrammes ou 1 décigramme, avec parties égales de poudre de Dower, toutes les deux ou trois heures. On peut en continuer l'usage jusqu'à ce qu'un effet soit exercé sur la maladie ou sur les gencives.

J'ai exposé sans commentaires, la méthode altérante employée en Angleterre, dans le traitement de la pneumonie.

(1) *Cyclopedia of. prat. med.*, t. III, p. 442.

Laënnec dit (1) que, d'après quelques tables nécrologiques et d'après des renseignemens que lui ont donné plusieurs médecins, le résultat commun de cette méthode est une mortalité d'un sur huit au moins et d'un sur six au plus. Mais jusqu'à présent il m'est impossible d'exprimer aucune opinion personnelle sur l'efficacité des préparations mercurielles, employées seules ou combinées avec l'opium dans le traitement de la pneumonie; car je n'ai jamais vu employer cette méthode, et je n'ai pas osé l'expérimenter moi-même, ne connaisant aucun fait positif en sa faveur. Je ne saurais donc trop engager les médecins anglais à faire connaître les résultats qu'ils ont obtenus de l'emploi des mercuriaux, en ayant soin d'étudier cette importante qnestion thérapeutique, en suivant les principes de la médecine exacte, car c'est aujourd'hui une condition essentielle pour pouvoir convaincre les bons esprits.

J'ai entendu dire que dans quelques parties de la Russie, on emploie fréquemment contre la pneumonie, le sous-carbonate de potasse; c'est une pratique qui déjà avait été adoptée par Mascagni. Ce grand anatomiste, voyant que dans une grave épidémie de pneumonies qui régnait dans la province de Sienne, les saignées répétées et les moyens ordinaires étaient complétement inefficaces, conseilla de donner aux malades pour toute boisson, et immédiatement après la première saignée, une lessive faite avec les cendres de sarmens de vigne, de genêts et de fougères; on dit que ce traitement réussit au-delà de toute attente. Plus tard, Mascagni ayant engagé les médecins de Florence et de Sienne à donner pour toute boisson aux pneumoniques, de l'eau tenant en solution du sous-carbonate de potasse, il paraît que ceux-ci en constatèrent également l'efficacité; aussi Mascagni n'hésita pas à dire que quels que soient le degré et l'intensité de la pneumonie, il faut prescrire chaque jour 24 grammes du sel alcalin et en porter quelquefois la dose jusqu'à celle de 32 grammes et même davantage. Il paraît que ce médicament produit des évacuations abondantes par les reins, par la peau et les intestins (2).

(1) T. I, p. 605.

(2) *Mem. dell. soc. ital. del. scien.*, t. XI, Moden, 1804. *Bulletin de la faculté de méd.*, 1815, n° 7.

Cette pratique de Mascagni n'était en définitive qu'une imitation de la méthode dite alcaline et fondante, qui a été suivie par beaucoup d'anciens médecins. Ceux-ci, en effet, administraient souvent les sous-carbonates alcalins, le savon médicinal, les sels neutres purgatifs, etc. Mais aucun fait positif n'atteste la vertu de ces remèdes et les observations des médecins florentins sont insuffisantes pour justifier la confiance que quelques personnes pourraient concevoir pour la méthode à Mascagni.

## ARTICLE IV.

### Méthode évacuante.

Les vomitifs ont été souvent employés dans la pneumonie. En les prescrivant, les médecins avaient tantôt pour but de remplir une indication précise, de combattre quelque complication bilieuse; d'autres fois, les vomitifs étaient donnés seulement à titre de dérivatifs. Je parlerai plus tard avec quelques détails du traitement qui convient aux pneumonies qui s'accompagnent d'un élément bilieux; je ne dois actuellement m'occuper des vomitifs, qu'autant qu'ils sont administrés empiriquement, sans que leur emploi soit justifié par les symptômes qu'on observe du côté des organes digestifs.

Le tartre stibié est le vomitif qui a été généralement préféré. On dit que Rivière le prescrivait tous les deux jours à la dose d'un décigramme aux malades atteints de pneumonie. La méthode de Rivière a été depuis imitée par un grand nombre de médecins du dernier siècle : ainsi Sérane de Montpellier l'avait adoptée d'après le témoignage de Bordeu (1). Laënnec dit aussi (2) que Dumangin, ancien médecin de la Charité, employait constamment la méthode de Rivière, que presque jamais il n'y joignait la saignée, et sa pratique paraissait être tout aussi heureuse que celle de Corvisart, qui saignait beaucoup dans la même maladie. Chacun donne comme preuve de l'efficacité de la méthode de Rivière les succès obtenus par M. le docteur Hellis de Rouen qui, sur 47 pneumonies, n'en a perdu que 5, ou un neuvième envi-

(1) *Traité du tissu muqueux.*

(2) T. I, p. 607.

ron (1); mais les faits recueillis par ce médecin sont des exemples de pneumonies compliquées d'un élément bilieux. Aussi a-t-il suffi d'un décigramme d'émétique et d'un peu de manne pour modifier rapidement l'état général des malades. On voit par là, que M. Hellis n'a point employé la méthode dite de Rivière, qui consiste à répéter les vomitifs tous les deux jours. M. Rayer a aussi expérimenté ce traitement, et voici les conclusions qu'il croit pouvoir tirer de ses recherches : 1° la méthode de Rivière est plus fatigante, mais non moins sûre que celle de Rasori ; 2° les évacuations répétées qu'on excite ébranlent beaucoup les malades, et effraient les assistans, tandis que ces secousses n'ont lieu que les premiers jours en suivant la méthode italienne ; 3° les vomitifs répétés constituent une méthode moins avantageuse dans ses résultats que celle dont la saignée est la base ; 4° la pratique de Rivière est surtout applicable au début des pneumonies ; 5° employée à une période plus avancée, elle est plus dangereuse; 6° cette méthode, expérimentée sur les individus affectés de pneumonie droite et d'*hépatite*, n'a pas paru plus favorable dans cette condition que dans d'autres (2).

Ces résultats donnés par M. Rayer, sont certainement très importans, mais ils auraient bien plus de valeur, si cet habile médecin avait dit le nombre de faits desquels il a déduit ses conclusions, et si, à l'appui de chacune d'elles, il avait apporté un résultat numérique, puissant ou plutôt unique moyen de conviction , surtout quand il s'agit de faits thérapeutiques.

Je n'ai point expérimenté moi-même la méthode Rivière, et je ne l'ai vu employer par aucun médecin, de sorte qu'il m'est impossible d'en apprécier bien exactement la valeur. Je dirai pourtant qu'aujourd'hui que des observations nombreuses ont démontré l'efficacité du tartre stibié à haute dose dans la pneumonie, je ne vois pas pourquoi on tenterait encore d'administrer ce médicament d'après la méthode Rivière ; car, dans ce dernier cas, il n'agit probablement que comme évacuant; donné au contraire d'après les principes de l'école italienne, il est utile, et par les effets primitifs qu'il produit, et certainement plus encore par l'action secrète et tout à fait inconnue qu'il exerce sur la

(1) *Clin. méd. de l'hôtel-Dieu de Rouen*, Paris 1826.

(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.* article *Antimoine*, t. III, p 79.

nutrition. Il y a donc avantage à ne pas donner le tartre stibié à dose simplement vomitive.

## ARTICLE V.

### Des moyens adjuvans.

Je dois maintenant énumérer les principaux moyens qu'on emploie à titres d'auxiliaires des méthodes de traitement que je viens d'énumérer. Ces moyens sont hygiéniques ou médicaux.

#### § I. *Moyens hygiéniques.*

Les malades seront soumis à une diète absolue, quelque bénigne que soit la pneumonie. Du moment qu'il y a de la fièvre, il faut de toute nécessité que les malades ne prennent aucune espèce d'aliment solide ou liquide; cette règle ne souffre guère d'exceptions pour l'adulte. Il faut aussi y soumettre les jeunes sujets, même les enfans à la mamelle. Toutefois, dans les cinq ou six premières années de la vie, il faut se rappeler qu'on ne doit pas insister autant sur la diète que chez les sujets d'un âge plus avancé. Si l'enfant tète encore, Billard propose (1) de le mettre à la diète du sein pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, mais il ne faudra pas tarder à l'alimenter de nouveau; on agira de même pour les enfans plus âgés et chez beaucoup de vieillards ou d'individus débilités. Mais il n'y a rien ici qui ne soit commun à toutes les autres maladies aiguës.

Il est aussi nécessaire que les malades gardent un repos complet dans leur lit; la température devra être douce et uniforme. Beaucoup de personnes craignant les refroidissemens et voulant exciter une transpiration qu'elles espèrent devoir être la crise de la pneumonie, s'opposent à ce qu'on renouvelle l'air de l'appartement qu'elles échauffent outre mesure, en même temps qu'elles étouffent le patient sous le poids d'un grand nombre de couvertures. Le médecin doit défendre les pauvres malades contre les soins peu éclairés des personnes qui les entourent; ce qui d'ailleurs, est une tâche souvent fort difficile à remplir. L'élévation de la température, dans la chambre du

(1) *Traité des mal. des enfants*, 3e édit., Paris, 1837, p. 573.

malade, contribue à augmenter la dyspnée, tandis que l'aspiration d'un air modérément chaud produit un effet contraire.

J'ai dit que les malades devaient garder habituellement le lit, mais il importe d'ajouter que les vieillards, les enfans et généralement tous les individus faibles devront être fréquemment changés de position, afin de combattre la tendance fâcheuse aux congestions passives, et pour favoriser le rejet des mucosités bronchiques, que nous avons déjà vu avoir une grande tendance à engouer les poumons.

Il est inutile de dire que les malades devront être éloignés du bruit et de toutes les causes d'excitation, il faudra en outre leur prescrire le repos le plus absolu des organes de la voix. En un mot, on devra observer rigoureusement, pour la pneumonie, toutes les règles d'hygiène et de diététique qui sont généralement conseillées pour concourir à la curation des maladies aiguës.

Je vais maintenant énumérer les moyens adjuvans qu'on doit appeler médicaux et qui font partie, pour la plupart, de la médication active qu'on emploie dans la période la plus aiguë.

## § II. *Moyens médicaux.*

### 1° *Boissons.*

Il est utile que les malades boivent une certaine quantité de boissons douces; on ordonne communément une infusion de mauve, de guimauve, de violette, de bouillon blanc, de coquelicot, etc., les mucilages de gomme arabique, de gomme adragant, les loochs, les émulsions, les sirops de gomme, de guimauve, de capillaire, etc.; en un mot, toutes les boissons douces, mucilagineuses, sont indiquées. Il arrive cependant assez fréquemment que ces boissons répugnent au malade, qu'elles n'étanchent pas la soif et augmentent l'empâtement de la bouche. Dans ces cas, il n'y a aucune espèce d'inconvénient à permettre l'usage d'une boisson légèrement acidulée, telle qu'une solution de sirop de groseille, car je n'ai pas remarqué que les substances acides, données modérément, aient l'inconvénient qu'on leur reproche, d'augmenter les quintes de toux. Quelques auteurs conseillent d'ajouter à la boisson ordinaire des malades quelques décigrammes de nitrate de potasse

ou de sel ammoniac, mais je n'ose dire si cette addition offre réellement de l'utilité.

On ne doit guère proscrire chez les pneumoniques que les boissons stimulantes, excitantes, toniques, à moins pourtant que des indications particulières dont nous parlerons plus tard n'en réclament l'usage. Le polygala de Virginie, préconisé en 1738, comme un spécifique contre la pneumonie ne convient que dans des cas exceptionnels. Je crois d'ailleurs inutile de réfuter ici cette vieille opinion, bien qu'elle s'appuie de l'autorité de Bouvart, qui tenta quelques expériences cliniques, qu'on a regardées long-temps comme prouvant l'efficacité du remède, mais qui ne sauraient avoir aucune valeur, puisque le polygala n'a jamais été donné qu'après l'emploi de plusieurs saignées copieuses (1).

2° *Fumigations.*

Je ne parlerai des fumigations émollientes dont quelques auteurs ont conseillé l'usage, que pour dire qu'on ne doit point les employer dans la pneumonie, car elles ont l'inconvénient de fatiguer les malades, d'augmenter souvent la dyspnée, sans qu'il soit bien prouvé que leur effet consécutif soit avantageux. Il en est à peu près de même des vapeurs de vinaigre chaud, que plusieurs médecins des derniers siècles ont préconisée dans certaines pneumonies malignes, mais surtout à titre d'expectorans, lorsque les mucosités s'accumulent en grande abondance dans les bronches. Ce moyen n'est guère usité aujourd'hui ; d'ailleurs ne l'ayant jamais vu employer, je ne puis dire la confiance qu'il peut inspirer.

3° *Purgatifs.*

Presque tous les médecins, tant anciens que modernes, regardent comme une chose utile d'entretenir une certaine liberté de ventre chez les pneumoniques, surtout à l'approche de la convalescence ; les lavemens ou quelques légers laxatifs suffisent ordinairement pour atteindre ce but. Quelques praticiens emploient en outre les purgatifs à titre de dérivatifs, pour dimi-

(1) Voir son mémoire dans ceux de l'*Académie des sciences* pour l'année 1740.

nuer la congestion pulmonaire. M. Chomel est fidèle à cette pratique, aussi presque tous les malades que j'ai observés sous lui et chez lesquels on n'administra pas le tartre stibié, quelques-uns même de ceux qui furent soumis à la méthode rasorienne, ont pris une ou plusieurs fois de 10 à 62 grammes d'huile de ricin.

Si la théorie indique, que l'administration des purgatifs doux doit être utile dans la pneumonie, et doit hâter son heureuse terminaison, il paraît à peu-près impossible de le prouver d'une manière rigoureuse; c'est du moins ce qui résulte de l'analyse de mes observations. Lorsqu'en effet le purgatif a été donné à l'époque où la maladie faisait encore des progrès, il était rare qu'on n'employât pas concurremment quelque autre agent thérapeutique plus actif, tel que les saignées générales ou locales, et si une amélioration survenait bientôt, à la suite de l'emploi de ces moyens, il était impossible de dire ce qui revenait à chacun d'eux; mais tout portait à croire que les émissions sanguines avaient eu la plus grande part dans la diminution des accidens. Si le laxatif était administré à une période plus avancée, et lorsque déjà la maladie était enrayée ou en décroissance, l'amélioration qui succédait pouvait tout aussi bien être rapportée à l'influence du médicament qu'à la marche naturelle de la maladie. Ce qui prouve d'ailleurs que les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, et les sels neutres, n'ont pas une grande puissance pour modifier les symptômes de la pneumonie, c'est que chez quelques-uns des dix individus dont j'ai parlé précédemment, chez lesquels la maladie était si minime qu'ils purent être traités par la méthode émolliente, on donna pourtant un, deux ou trois laxatifs, et ce fut alors l'agent thérapeutique le plus actif qui eût été employé; cependant on se rappelle que les symptômes locaux persistèrent longtemps, et que la maladie eut une durée assez longue, eu égard surtout à sa grande bénignité. J'en conclus que les purgatifs doux, donnés dans le traitement des pneumonies, ont une utilité très restreinte; peut-être même pourrait-on en contester les avantages. Toutefois, comme leur emploi a toujours été exempt de toute espèce d'inconvéniens, je crois qu'il ne faut pas hésiter à les prescrire, quelques doutes d'ailleurs qu'on puisse conserver sur leurs effets plus ou moins avantageux.

### 4° *Narcotiques.*

La plupart des praticiens redoutent d'employer l'opium et tous les autres narcotiques, chez les individus affectés de pneumonie. On croit en effet, assez communément que les narcotiques, loin d'agir comme sédatifs dans les maladies fébriles, deviennent au contraire des excitans dangereux, qui augmentent la fièvre et favorisent les congestions viscérales. Hecquet lui-même, quelque prévenu qu'il fût pour les calmans, les a toujours regardés comme dangereux, dans toutes les inflammations de poitrine; Lieutaud (1) et plusieurs autres accusaient les hypnotiques de supprimer les crachats et de favoriser la terminaison de la maladie par gangrène. D'autres médecins, moins exclusifs, ont eu quelquefois recours à l'opium, mais ils ne croyaient utile que vers le déclin de la pneumonie, lorsque la fièvre avait diminué ou même cessé tout à fait ; telle était la pratique de Monro (2), de Cullen (3), etc.

En lisant les ouvrages de ces médecins célèbres, on cherche en vain des faits pour justifier leurs appréhensions; on ne trouve partout que des assertions ou des raisonnemens sans preuves, et par conséquent fort contestables. On a certainement beaucoup exagéré les inconvéniens que peut avoir l'administration de l'opium chez les sujets atteints de pneumonie. Déjà nous avons vu que les nombreux malades qui prirent du sirop diacode ou de l'extrait thébaïque, jusqu'à la dose de 5 centigrammes, dans la potion stibiée, n'en éprouvèrent aucun effet fâcheux, puisque l'amélioration fut aussi prompte, aussi rapide chez ces sujets, que chez ceux qui prirent l'émétique sans addition d'opium ; M. Louis a fait la même remarque. Cependant il faut observer que tous les malades qui avaient pris une préparation opiacée, avaient une fièvre violente et la dyspnée, accidens qui ont généralement diminué, loin d'augmenter, comme on aurait dû s'y attendre, d'après le témoignage des médecins que j'ai cité plus haut. On dira peut-être que si

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 330.

(2) *Méd. d'armée.*, t. II, p. 258.

(3) *Traité de méd. prat.*, t. II, p. 264.

l'opium n'a pas eu, dans cette circonstance, les inconvéniens qu'on lui attribue, cela dépend de ce qu'il était associé au tartre stibié; mais cette opinion ne saurait être admise. Chez dix malades, en effet, l'opium fut donné seul, en pilules ou en sirop, à la dose de 25 milligrammes ou de 5 centigrammes, dans l'intention de diminuer les douleurs et de provoquer le sommeil. Si le but qu'on se proposait n'a pas toujours été atteint, je n'ai jamais noté non plus que l'opium administré ait augmenté la fièvre et l'oppression, supprimé l'expectoration, ou aggravé des symptômes cérébraux qui existaient déjà. Il résulte même de ces faits, que lorsque le point de côté est encore intense, lorsque le malade est tourmenté par de l'insomnie, par des quintes de toux, lorsqu'il est agité, il ne faut point hésiter à prescrire 5 centigrammes d'opium; on pourra même, dans quelques cas, élever la dose jusqu'à un décigramme, et l'on verra que la fièvre, même quand elle est violente, n'est pas un obstacle à ce que l'opium produise son effet sédatif.

Je n'ai jamais suivi ou vu suivre la pratique de quelques médecins anglais, consistant à donner 15 centigrammes d'opium immédiatement après la première saignée, qu'ils poussent souvent jusqu'à syncope; ils regardent l'opium donné alors comme pouvant empêcher la réaction de s'opérer. Ne connaissant point les faits que l'on invoque en faveur de cette pratique, il m'est impossible de l'approuver ou de la combattre. J'en dirai autant de l'emploi de la jusquiame noire, vantée par Triboulet.

Ici se borne ce que j'avais à dire de l'emploi des narcotiques dans le traitement de la pneumonie; j'ai voulu surtout prouver que l'opium n'avait pas les inconvéniens que la plupart des auteurs lui attribuent; plus tard je rechercherai les moyens par lesquels on peut combattre les diverses espèces de délire qui compliquent souvent la pneumonie, et je dirai alors si l'opium ne peut pas être utilement employé dans quelques-uns de ces cas.

### 5° *Bains.*

Le père de la médecine a parlé, le premier, des bons effets des bains tièdes dans le traitement de la pneumonie. Suivant lui, le bain calmait la douleur de côté, favorisait l'expectoration, facilitait la respiration, dissipait les lassitudes, rendant les membres plus souples, ôtait à la peau sa tension et sa séche-

esse, soulageait les pesanteurs de tête, et avait enfin une action diurétique (1). Plusieurs médecins ont, à différentes époques, préconisé et imité la pratique d'Hippocrate ; je citerai surtout Albers en Allemagne (2), et Velasquez Ojeda en Espagne (3). M. Chomel conseille aussi l'emploi des bains tièdes dans certains cas de pneumonies graves qui s'accompagnent d'une grande chaleur avec sécheresse de toute la surface du corps. Suivant ce professeur, le bain, administré dans ces circonstances, a pour effet fréquent, de rendre la peau plus souple et moins chaude, de rétablir la sécrétion perspiratoire, et de favoriser ainsi le travail de la résolution.

Cependant l'emploi du bain dans la pneumonie a paru irrationnel et même dangereux à quelques médecins ; c'est ainsi que J. Frank n'a jamais osé l'expérimenter (4), et Laënnec lui reproche de produire quelquefois un trop grand refroidissement (5). Mais on peut facilement éviter cet inconvénient en donnant le bain dans l'appartement du malade, et même à côté de son lit, en ayant soin de chauffer la chambre, d'éviter les courans d'air, de maintenir l'eau à une température convenable et uniforme. Il faut enfin que le malade soit retiré promptement de la baignoire, que son corps soit essuyé très vite avec des linges chauds, et qu'il soit couché dans un lit bassiné. Toutes ces conditions se trouvant difficilement réunies dans un hôpital, il est souvent difficile de donner des bains dans les cas de pneumonie, mais ce moyen peut être très facilement employé chez les malades de la pratique civile.

J'ai recueilli dans le service de M. Chomel ou dans les salles qui me furent confiées à l'Hôtel-Dieu (annexe) dix observations de pneumonie dans lesquelles un bain tiède fut donné. On eut toujours recours à ce moyen dans le but de modifier la chaleur âcre de la peau, et de rétablir les fonctions perspiratoires de cette membrane. Les malades dont je parle doivent être divisés en deux groupes; les uns, au nombre de six, prirent le bain

(1) Traité du régime dans les maladies aiguës. *OEuvres d'Hippocrate*, trad. par E. Littré, Paris, 1840, t. II, p. 225.

(2) *Journ. de Hufeland.*

(3) *Mém. Acad. de la Ro. Soc. de Sevilla*, t. I.

(4) *Prax.* Par. II. vol. II. p. 390.

(5) *Loc. cit.* t. I, p. 657.

dans la période la plus aiguë de la pneumonie, et lorsque l'affection continuait à faire de nouveaux progrès, chez les quatre autres, au contraire, le bain fut donné pendant la résolution ou pendant la convalescence même de la maladie, lorsque, malgré la diminution de la plupart des symptômes, la peau conservait encore de la chaleur, de la rudesse, et le pouls un certain degré de fréquence que l'examen de l'état local ne pouvait expliquer.

Des six malades qui furent plongés dans le bain tiède, pendant la période la plus aiguë de la pneumonie, il en est trois qui n'éprouvèrent aucune espèce d'amélioration ; chez les autres, au contraire, et même chez l'un d'eux dont la pneumonie eut une issue funeste, je notai une diminution considérable dans la chaleur cutanée; la peau, qui était en outre rude et dure au toucher, devint souple et s'humecta d'une douce transpiration. Cinq de ces malades supportèrent bien leur bain pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, et n'en furent point incommodés, un seul se trouva mal à l'aise dès qu'on l'eut mis dans la baignoire ; l'oppression augmenta ; on fut obligé de le retirer au bout de six ou sept minutes; et il éprouva à la suite une très grande fatigue. Le bain paraît avoir été très avantageux chez 3 des malades auxquels il fut donné pendant la période aiguë de de la maladie, car, quelques heures après, il y avait un sentiment de bien-être; la fréquence du pouls avait diminué, la chaleur de la peau était moindre : ce fut le prélude d'une amélioration qui alla sans cesse en augmentant.

J'ai dit que quatre pneumoniques prirent un bain à une époque plus éloignée, lorsque, la maladie étant en voie de résolution, la peau conservait cependant une chaleur, une sécheresse, et le pouls une fréquence qui contrastait avec l'état local. Ces quatre individus supportèrent le bain sans fatigue pendant trois quarts d'heure ou une heure. Il eut deux fois pour effet immédiat d'abaisser la température de la peau, de lui rendre sa souplesse, et de donner au pouls son degré de fréquence. Chez les deux autres malades, les effets furent un peu moins marqués; mais, ayant donné un second bain le jour suivant, les symptômes qu'on combattait avaient complètement cessé.

Les faits que je viens d'examiner prouvent, que les bains tiè-

des peuvent être utilement prescrits aux individus atteints de pneumonie. Je ne sais si, comme Hippocrate l'a dit, ils peuvent calmer les douleurs de poitrine, attendu que, chez les malades auxquels nous les avons donnés, ce symptôme avait cessé ou était presque nul. Je n'ai pas remarqué non plus qu'ils aient facilité l'expectoration, mais ils ont été évidemment utiles pour faire perdre à la peau sa chaleur âcre et morbide, et pour lui rendre son humidité et sa souplesse. Les effets du bain tiède ont été surtout marqués et très prompts chez les quatre malades du deuxième groupe. Peut-être eût-on obtenu des effets plus avantageux chez ceux de la première série, si, au lieu d'un seul bain qui fut donné, on en eût administré plusieurs jours de suite. C'est là, d'ailleurs, une méthode qui mérite d'être expérimentée, car parmi les moyens adjuvans qu'on peut employer dans le traitement de la pneumonie, je crois que les bains tièdes sont peut-être un de ceux qui peuvent être le plus utiles et qui soulagent parfois promptement. A ce titre, leur action mérite d'être étudiée.

Un journal médical de Naples (1) a fait connaître, il y a quelques années, la pratique bizarre suivie par le docteur Campagnano, médecin de l'hôpital de la marine, qui prescrit aux sujets atteints de pneumonie des boissons glacées et des bains froids. Déjà, dès l'année 1834, il paraît qu'on a communiqué à l'académie médico-chirurgicale de Naples, quelques histoires de pneumonies qu'on dit avoir été traitées avec succès, par le moyen dont je parle. Mais les faits invoqués par le médecin napolitain ne sont pas aussi concluans qu'il les suppose. En effet, les malades de M. Campagnano ont été largement saignés, quelques-uns même l'ont été avec une vigueur presque barbare. Ils ont eu des vésicatoires, ont pris de l'émétique à haute dose, de sorte qu'il devait être très difficile de déterminer la part exacte qui revient aux boissons glacées et aux bains froids dans les succès obtenus. L'auteur, pourtant, affirme avoir vu des malades agonisans, après l'emploi d'un traitement antiphlogistique des plus énergiques, être ranimés, et éprouver une amélioration progressive, après leur immersion dans un bain froid, et l'administration de la glace à l'intérieur. Ces faits

(1) *L'Osservatore medico di Napoli*, 1837.

sont si extraordinaires, et tellement en opposition avec les idées généralement reçues, que l'auteur aurait dû les présenter avec plus de détails; mais même en accordant que l'on a réellement traité des pneumonies, et non pas toute autre affection, (chose qui n'est pas démontrée pour moi) je crois que les faits que M. Campagnano invoque en faveur de sa méthode, ne prouvent pas précisément que celle-ci ait été réellement très-efficace. D'ailleurs si on a eu affaire à des pneumonies bien caractérisées, la tolérance que les malades ont montrée pour les moyens employés, est un fait très remarquable, mais qui ne saurait encore engager personne à y recourir.

6 *Topiques émolliens.*

Plusieurs médecins des derniers siècles conseillaient des onctions avec des pommades résolutives, calmantes et émollientes, que l'on faisait sur la poitrine; mais ces moyens sont justement tombés en désuétude. Ils employaient aussi, dans la vue d'apaiser la douleur de côté, des cataplasmes émolliens ou des vessies remplies de lait tiède. Ces remèdes, dit J. Frank, ne nuisent pas, et plaisent beaucoup aux malades et à ceux qui les soignent, on pourra donc leur en prescrire l'usage, mais en ayant soin de recouvrir le cataplasme d'un morceau de taffetas ou de flanelle, et de le renouveler souvent afin d'éviter le refroidissement.

7° *Des vésicatoires.*

Les vésicatoires sont, après les saignées, les agens thérapeutiques qui ont été le plus généralement employés dans le traitement des pneumonies; on peut même dire, que les médecins ont presque toujours été unanimes pour en prescrire l'application sur le côté de la poitrine qui était affecté; ils n'ont différé entre eux, que pour déterminer l'époque de la maladie à laquelle on pouvait y recourir avec le plus d'avantage. La plupart veulent que l'on n'ait recours aux vésicatoires, qu'après avoir préalablement pratiqué une ou plusieurs saignées, afin d'éviter l'excitation que les cantharides pourraient produire. C'était la pratique que Cullen avait adoptée(1). Monro(2) dit aussi, qu'une longue expérience

(1) *Médecine pratique*, T. II, p. 265.
(2) *Méd. d'armée*, Paris, 1769, t. II, p. 258.

l'avait déterminé, dans la pleurésie et la pneumonie, à appliquer le vésicatoire dès le commencement de la maladie, mais après avoir fait une première saignée. Cependant quelques praticiens, en petit nombre, parmi lesquels on compte le docteur Latour d'Orléans, ont souvent appliqué les vésicatoires sur la poitrine, dès le début de la pneumonie, et sans y avoir préparé les malades par aucun traitement antérieur; on a prétendu que par cette méthode il n'était pas rare de voir les pneumoniques entrer en convalescence dans les vingt-quatre premières heures. Ces faits sont trop extraordinaires et trop opposés à ce que nous voyons chaque jour, pour pouvoir être acceptés de confiance, et il est probable que les individus auxquels on a appliqué le traitement dont nous parlons, avaient tout autre chose qu'une pneumonie, qu'ils n'avaient probablement qu'une pleurodynie, ou tout au plus quelque pleurésie très bénigne et très circonscrite.

Quelques auteurs ont pourtant élevé des doutes sur l'efficacité des vésicatoires dans le traitement des pneumonies; ainsi Rasori les regardait comme étant à peu près inutiles (1) et Laënnec professait la même opinion. Toutefois, comme ces médecins ne donnaient aucune preuve en faveur de leur opinion, leur témoignage était suspect; car on pouvait penser que Rasori et Laënnec cherchaient à discréditer les moyens ordinaires de traitement, afin de donner plus d'importance à la méthode contre-stimulante qu'ils voulaient populariser (2). Mais un auteur, dont les opinions ne sont jamais que l'expression rigoureuse des faits, M. Louis, après avoir analysé et comparé ses observations de pneumonie, en a conclu que les vésicatoires n'avaient eu aucune influence appréciable sur la durée de la pneumonie; enfin ce médecin croit que les avantages qu'on peut retirer de l'emploi des vésicatoires, ne sont ni rigoureusement démontrés, ni même probables dans le traitement des phlegmasies thoraciques (pneumonie, pleurésie) (3). MM. Rilliet et Barthez (4) ont constaté plus récemment, que les remarques que M. Louis avait faites, chez les adultes, étaient également vraies chez les enfans. Ces

(1) Voyez son mémoire déjà cité sur le tartre stibié. (*Opuscoli di medicina clinica*, t. II, p. 129.)

(2) T. I, p. 599.

(3) *Effets de la saignée*, p. 55 et 59.

(4) *Loc. cit.*, p. 141.

auteurs ont vu en effet, que les vésicatoires appliqués sur la poitrine ou sur les membres, n'avaient jamais modifié la marche de la pneumonie.

J'ai voulu moi-même rechercher, d'après mes propres observations, le degré de confiance qu'on devait avoir dans l'emploi des vésicatoires pour le traitement de la pneumonie, et voici les résultats auxquels j'ai été conduit par l'analyse des faits que j'ai recueillis depuis quelques années.

Les vésicatoires ont été appliqués dans deux circonstances différentes; tantôt on les a mis dans les cas où les symptômes généraux et locaux étant devenus excessivement graves, on avait espéré pouvoir les modifier heureusement par une forte révulsion sur les parois thoraciques; d'autres fois lorsque le vésicatoire fut appliqué, l'état général s'était beaucoup amélioré, plusieurs malades étaient même convalescens, et en appliquant un exutoire chez ces individus, on avait la pensée de rendre plus prompte la résolution de l'engorgement pulmonaire. Je vais rechercher si on a atteint les deux buts qu'on s'était proposés, en employant la médication dont je parle.

Chez douze des malades qui ont succombé, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté de la poitrine, qui était affecté. Chez quatre d'entre eux l'exutoire fut mis douze ou vingt-quatre heures seulement avant la mort, et à une époque où l'on ne conservait plus ou presque plus d'espoir de sauver les malades. Mais chez tous les autres, le vésicatoire fut ordonné plusieurs jours avant le terme fatal, et lorsque les symptômes généraux et locaux, quoique fort graves, n'avaient pas encore enlevé tout espoir de salut. Parmi les douze malades dont je parle, il en est onze qui n'ont éprouvé aucune espèce d'amendement dans l'état général et local après l'application du vésicatoire; un seul fut très soulagé douze heures après; mais comme cet individu avait pris en même temps une potion stibiée, il est plus probable de rapporter l'amélioration momentanée que nous avons observée, à l'émétique, qu'au vésicatoire.

Parmi les malades atteints de pneumonie qui ont guéri, il en est vingt-six qui eurent, à différentes époques, un ou deux vésicatoires sur la poitrine. Chez cinq de ces vingt-six malades, le vésicatoire fut posé un peu avant la fin du sixième jour, à dater du début, et à une époque où la maladie, déjà grave, faisait

encore de nouveaux progrès. En étudiant quelle fut l'influence qu'exerça le vésicatoire sur les symptômes de la pneumonie, nous voyons, que chez quatre de ces malades, il n'y eut aucune espèce d'amendement dans les symptômes généraux et locaux, dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures qui suivaient l'application du vésicatoire; chez un seul malade j'ai noté, le lendemain où l'exutoire avait été posé, une diminution considérable dans la fréquence du pouls, dans la chaleur de la peau, dans l'oppression; on ne pouvait s'empêcher de reconnaître qu'une amélioration réelle avait eu lieu depuis la veille. Fallait-il la rapporter exclusivement au vésicatoire? Je suis loin de nier que cet agent thérapeutique n'ait eu aucune part dans l'amendement que j'ai observé ; mais il faut remarquer que chez cet individu, l'exutoire fut mis au neuvième jour, c'est-à-dire à une période éloignée du début, et il n'est pas rare de voir beaucoup de pneumonies qui ont résisté aux moyens thérapeutiques, s'amender spontanément à cette époque et sous l'influence des seules forces de la nature. Chez tous les autres sujets le vésicatoire n'exerça aucune influence bien sensible sur la marche de la pneumonie, puisque appliqué vers le sixième jour de la maladie, la convalescence ne commençait que cinq jours et demi plus tard.

Enfin chez vingt et un malades qui nous restent, le vésicatoire fut appliqué sur les parois thoraciques, terme moyen au huitième jour, et à l'époque où la maladie était manifestement dans sa période de déclin. Recherchant si cette application a rapproché le terme de la convalescence, ou a rendu plus prompte la résolution de l'engorgement pulmonaire, voici ce que nous démontre l'analyse des faits. Parmi ces vingt et un malades, il y en a quinze pour le moins, chez lesquels l'application du vésicatoire n'a exercé aucune modification appréciable sur les symptômes généraux et locaux ; l'amélioration qui existait déjà, avant qu'on eût mis l'exutoire, a continué sans que la médication ait paru l'accélérer, car la convalescence est survenue au douzième jour pour les malades qui avaient été saignés; au seizième jour pour ceux qui avaient été traités à la fois par les émissions sanguines et par l'émétique à haute dose ; c'est-à-dire que la guérison chez les sujets qui avaient eu un vésicatoire, avait été observée à peu près à la même époque, que chez ceux qui avaient guéri par

l'emploi des moyens que j'ai énumérés, mais sans le secours des exutoires. Restent cinq malades chez lesquels l'application d'un vésicatoire a paru être avantageuse. Ainsi deux fois elle a enlevé une douleur pleurétique, contre laquelle avaient échoué les saignées locales (sangsues et ventouses); chez les trois autres malades, l'état général et local s'était tellement amendé le lendemain du jour où le vésicatoire avait été mis, qu'il semblait naturel de rapporter l'amélioration au moyen qui avait été mis en usage. Toutefois, on ne peut ici qu'exprimer un doute, attendu que lorsqu'on étudie avec soin le travail de résolution de la pneumonie, on voit que celui-ci ne suit pas toujours une marche parfaitement régulière et uniforme, qu'il n'est pas rare par exemple de voir l'engorgement pulmonaire diminuer brusquement du jour au lendemain, sans qu'on ait rien fait pour l'obtenir, et rester ensuite stationnaire pendant plusieurs jours de suite. Ce qui prouve d'ailleurs, que chez les malades dont je parle, le vésicatoire a eu moins d'influence qu'on ne pourrait croire, c'est que malgré l'amélioration évidente qui a suivi son application, la durée de la pneumonie n'a pas été sensiblement modifiée, puisque la convalescence a été généralement notée, aux mêmes époques que j'ai précédemment indiquées.

En résumé, il résulte de l'analyse des faits qui précèdent, que le vésicatoire appliqué sur les parois thoraciques des sujets atteints de pneumonie, n'a pas l'heureuse influence qu'on lui attribue généralement; nous avons prouvé, en effet, que rarement on voyait les symptômes s'amender immédiatement après l'action révulsive de l'exutoire, et que dans les cas mêmes où un amendement sensible dans l'état général ou local lui avait succédé, il n'était pas tout à fait certain qu'on dût le lui rapporter. Il a été d'ailleurs démontré, que les vésicatoires n'ont point abrégé la durée de la maladie, et s'ils ont été parfois utiles (ce qui est très contestable), ils n'ont jamais produit une amélioration comparable à celle qui est survenue si souvent et d'une manière si rapide après l'administration du tartre stibié.

Chez les malades dont je viens d'analyser les observations, le vésicatoire avait été constamment appliqué sur la poitrine; eût-on obtenu des effets plus avantageux, si on l'eût mis dans des points plus éloignés; aux extrémités inférieures, par

exemple, comme quelques médecins l'ont conseillé? J'ai vu prescrire, et j'ai prescrit moi-même plusieurs fois, l'application d'un ou de deux vésicatoires aux mollets ou aux cuisses, chez des individus atteints de pneumonie, mais dans le but de combattre quelques accidens cérébraux; je déclare que dans aucun de ces cas, les symptômes de la pneumonie n'ont été sensiblement modifiés par la révulsion du vésicatoire. Celui-ci n'a guère été plus efficace contre les accidens cérébraux pour lesquels il avait été employé.

Il résulterait donc des faits qui précèdent, que dans la pneumonie, quel que soit le point du corps où on applique le vésicatoire, et quelle que soit la période de la maladie à laquelle on ait recours à ce moyen, il n'est permis d'en espérer aucun effet avantageux sur la terminaison, la marche ou la durée de l'affection; que, par conséquent, on pourrait les supprimer tout à fait dans le traitement des phlegmasies pulmonaires. Cette conclusion est légitime, car elle ressort de l'analyse des faits observés et elle doit avoir d'autant plus de valeur, qu'elle est conforme aux résultats déjà obtenus par M. Louis. Cependant il faudrait établir une exception;il est des malades qui conservent, pendant la convalescence, une douleur plus ou moins vive sous le téton ou à la base de la poitrine, douleur qui a résisté aux émissions sanguines, ou du moins qui a été peu modifiée par elle, dans ces cas, un vésicatoire appliqué au niveau du siége de la douleur et entretenu pendant quelques jours, suffit en général pour guérir complétement les malades.

Tout en reconnaissant que la plupart des médecins accordent trop de confiance au vésicatoire dans le traitement des pneumonies, je crois que, pour démontrer d'une manière absolue, leur impuissance, leur inutilité, il faudrait posséder peut-être un plus grand nombre de faits que ceux que j'ai analysés. Il est important que cette question soit résolue au plus tôt, car les vésicatoires sont toujours plus ou moins pénibles pour les malades; ils excitent souvent des douleurs assez vives, de l'agitation et de l'insomnie; ce sont là, d'ailleurs, les seuls inconvéniens que je leur ai reconnus. Laënnec croit, en outre, qu'appliqués sur le thorax, ils doivent augmenter la congestion pectorale et gêner l'action des muscles inspirateurs; accusation qu'il serait peut-être très difficile de justifier par des preuves positives.

Mais il paraît que chez les enfans, ils entraînent des accidens bien plus graves et qui devraient en faire proscrire l'emploi. C'est ainsi que, dans le jeune âge, la peau de la partie postérieure du thorax dénudée, mise en contact avec des linges souillés, comprimée par les côtes saillantes, se désorganise, s'ulcère, et ces ulcérations douloureuses, difficiles à guérir, ajoutent encore à la gravité du pronostic. Les mêmes inconvéniens ont lieu après l'application des emplâtres de poix de Bourgogne saupoudrées d'émétique.

M. Louis avait craint d'abord (1) que le vésicatoire, étant une inflammation à la peau, ajoutée à une phlegmasie viscérale, n'augmentât la fièvre et ne favorisât, par conséquent, le développement des lésions secondaires qu'on observe si souvent dans le cours des maladies fébriles. Mais l'observation a prouvé plus tard à M. Louis (2) que les vésicatoires n'avaient pas généralement un pareil effet.

Ayant moi-même recherché chez trente et un de mes malades, les effets immédiats des vésicatoires sur la circulation et la chaleur, j'ai trouvé que chez dix, le pouls était un peu plus accéléré le lendemain de l'application du vésicatoire, mais chez cinq de ces malades, cette augmentation de fréquence s'expliquait suffisamment par les progrès de la maladie ; chez plusieurs autres (deux ou trois), le vésicatoire avait excité des douleurs assez vives qui avaient produit de l'insomnie; circonstances qui expliquaient encore pourquoi le pouls était un peu plus fréquent que la veille.— Chez dix autres malades, le pouls était moins accéléré le lendemain que le jour de l'application des épispatiques ; il est douteux, pourtant, que le ralentissement du pouls doive être rapporté à l'influence des vésicatoires, puisque ce phénomène fut aussi noté chez quatre malades, dont les symptômes s'étaient aggravés. Enfin, chez les onze individus qui restent, le pouls a conservé la fréquence, et la peau la chaleur qu'elle avait avant qu'on eût mis l'exutoire.

(1) *Effets de la saignée*, p. 58.
(2) *Fièvre typhoïde*, 2e édit., Paris, 1841, t. II, p. 479

## ARTICLE VI.

### Modifications au traitement d'après les modes de terminaisons.

Lorsque la pneumonie s'est terminée par suppuration, l'état général des malades est tellement grave, les forces sont si prostrées, que les saignées ne peuvent plus convenir ; le traitement contre-stimulant peut seul être tenté, dans ces cas tellement fâcheux, qu'ils sont presque desespérés.

Si un abcès se forme, et si la matière est évacuée par les bronches, si l'excavation est un peu spacieuse, la guérison pourra peut-être s'effectuer, ou du moins la vie pourra se prolonger encore pendant une ou plusieurs semaines, mais généralement on observera dans ces cas, des symptômes colliquatifs et de fièvre hectique, qu'il faudra essayer de combattre. Non-seulement alors, on ne devra pas affaiblir le malade, mais il faudra encore soutenir ses forces par une alimentation légère, et l'usage de quelques toniques. Peut-être aussi pourrait-on tenter l'emploi des fumigations qu'on rendrait émollientes, narcotiques, ou détersives, suivant l'indication du moment ; enfin, un exutoire au niveau de l'excavation pourrait peut-être convenir dans quelques cas.

Dans la terminaison par gangrène, comme le plus souvent il y a des symptômes adynamiques, il faut ranimer les forces et les soutenir par l'usage des cordiaux, des toniques; il sera utile aussi de faire respirer des vapeurs de chlorure, de faire avec le même liquide des aspersions sur le lit, peut-être pourrait-on aussi en ajouter une petite quantité dans quelques-unes des boissons du malade.

Enfin, si la pneumonie passe à l'état chronique, il est difficile de dire le traitement qu'on devrait lui opposer, car nous n'avons encore à ce sujet aucune donnée un peu positive. Je crois pourtant qu'il faudrait conseiller l'emploi d'un exutoire énergique, tel que un ou plusieurs cautères sur la poitrine, ou mieux encore un large séton. Peut-être aussi pourrait-on tenter l'emploi des mercuriaux à haute dose.

## ARTICLE VII.

### Traitement de quelques symptômes.

Il y a dans la pneumonie trois symptômes qui sont pénibles pour les malades : ce sont surtout la douleur de côté, l'oppres-

sion et la céphalalgie. Le point de côté et l'oppression sont des symptômes pour ainsi dire inhérens à la maladie elle-même, ils sont le plus souvent en rapport avec l'étendue de l'altération, et les moyens les plus efficaces pour les combattre, sont précisément ceux qui réussissent le mieux contre la maladie elle-même.

En général, la dyspnée, le sentiment pénible d'oppression, diminue plus facilement par la saignée générale, tandis que la douleur de côté est plus efficacement combattue par des sangsues ou mieux encore par des ventouses scarifiées; parfois enfin, le point de côté ne cède qu'à l'application d'un vésicatoire. La céphalalgie est un symptôme qui n'existe que dans la première période de la maladie, et qui cède en général spontanément, ou aux premières saignées qu'on fait; je ne l'ai jamais vue nécessiter une médication spéciale. Quelques cataplasmes synapisés, promenés sur les extrémités inférieures sont pourtant utiles quelquefois, pour diminuer la douleur de tête et l'oppression qui fatiguent quelques malades. Quant aux quintes de toux, et à l'insomnie qui tourmentent quelques individus, les préparations opiacées prescrites, comme je l'ai dit plus haut, peuvent seules les diminuer.

On sait que quelquefois les crachats se suppriment, tantôt ils cessent d'être secrétés, d'autres fois continuant à être exhalés, ils ne sont plus expulsés, ils s'accumulent dans les bronches et gênent beaucoup la respiration. Dans le premier cas il n'y a rien à faire de particulier, dans le second on peut donner avec avantage les boissons aromatiques et des potions contenant du kermès, de l'oximel scillitique, et enfin on conseille encore le sirop d'ipecacuanha, et l'émétique donné à dose vomitive, ou d'une manière plus fractionnée et pour entretenir des nausées continuelles, qui par suite des efforts qu'elles provoquent, favorisent l'expulsion des crachats. Enfin, on a recommandé ans le même but, l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine, mais jusqu'à présent ce moyen ne m'a pas paru mériter la confiance que quelques personnes lui accordent dans les cas dont je parle.

## ARTICLE VIII.

### Traitement des complications.

La plupart des complications de la pneumonie que nous avons précédemment étudiées, ne réclament aucune médication spéciale, telles sont la pleurésie, la bronchite, l'ictère; il en est

d'autres au contraire comme celles qui surviennent du côté du cœur, qui forcent quelquefois à insister davantage sur les émissions sanguines.

Le délire est la seule des complications ordinaires de la pneumonie qui puisse exiger une médication spéciale; mais pour déterminer celle qui convient, il importe avant tout d'être bien fixé sur la nature du délire et sur les causes qui ont présidé à son développement, chose qu'il est souvent très difficile d'établir d'une manière positive.

On a vu que fréquemment, le délire était symptomatique d'une altération matérielle des enveloppes des centres nerveux, puisque nous avons dit précédemment, que sur près du tiers des individus qui succombèrent avec du délire dans le cours d'une pneumonie, nous avons trouvé, pour l'expliquer, une méningite de la convexité du cerveau. Il est évident que dans des cas pareils il faut combattre le délire par les moyens généralement usités contre les phlegmasies cérébrales.

Le délire qui se déclare, dès le commencement de la maladie, ou lorsque celle-ci est encore à sa période d'accroissement, qui suit les variations de la fièvre, qui augmente pendant les exacerbations que celle-ci présente, n'exige aucun traitement spécial, car, dans ces cas, le délire semble être l'effet de la fièvre, il semble lui être entièrement subordonné; il faut donc n'avoir recours à d'autre médication qu'à celle qui peut combattre le plus efficacement la fièvre, et la maladie, dont celle-ci est un symptôme. Enfin, il n'y a rien à tenter contre ce délire, qui survient à une période avancée de la maladie, à cette époque où l'ensemble des symptômes généraux et locaux doivent faire soupçonner la suppuration du parenchyme pulmonaire. Les synapismes, les vésicatoires aux mollets ou aux cuisses, qu'on emploie communément alors, ne peuvent avoir aucune espèce d'utilité.

Il est une espèce de délire qu'on rencontre plus fréquemment dans la forme typhoïde de la pneumonie, qui coïncide par conséquent avec un état général grave; quelquefois même alors le délire et d'autres troubles nerveux semblent prédominer sur tous les autres symptômes; souvent, dans ces cas, il n'y a aucun rapport entre les phénomènes cérébraux, leur gravité, et l'étendue de la phlegmasie pulmonaire; c'est contre cette espèce de délire, qui est un des caractères de la

forme ataxique de la maladie, qu'on a proposé l'emploi des anti-spasmodiques. C'est M. Récamier le premier, je crois, qui a conseillé d'administrer, dans les cas dont je parle, le musc à assez fortes doses. On peut en effet, d'après ce médecin, en donner 8 à 10 décigrammes et même davantage ; il faut diviser cette quantité en cinq pilules qu'on donne toutes les heures, et on continue encore, jusqu'à ce qu'on obtienne une rémission des accidens, ce qui aurait lieu ordinairement, d'après M. Récamier, au bout de huit à dix heures au plus. Si alors les troubles cérébraux ne sont pas enrayés, il ne faut plus rien espérer du remède, dont les effets en général sont prompts ou nuls.

Depuis vingt-cinq ans on a publié quelques faits cliniques pour prouver l'efficacité du musc dans certaines formes du délire de la pneumonie. Ainsi M. le docteur Jacquet lut en 1817 à l'Athénée de médecine, trois observations qui furent publiées un an après dans la *Bibliothèque médicale* (1), et dont les deux premières seulement ont quelque importance, puisque le diagnostic a été suffisamment établi, tandis que la nature de la maladie n'est pas bien définie dans la troisième. Les deux premiers faits sont favorables à l'opinion de M. Récamier, puisqu'on voit qu'un délire grave, qui datait depuis deux jours et que rien n'annonçait devoir se terminer sous peu, avait néanmoins complètement cédé vingt-quatre heures après, par suite de l'administration de 7 à 8 décigrammes de musc, associés dans un cas, à parties égales de nitre. MM. Trousseau et Pidoux ont également rapporté, dans leur *Traité de thérapeutique*, quatre exemples de l'efficacité du musc dans le délire de la pneumonie ; l'un de ces cas est surtout remarquable : il est relatif à un homme qui contracta une pneumonie étant dans un état d'ivresse ; saigné plusieurs fois en ville, il entra délirant à l'Hôtel-Dieu, bien que la gravité des phénomènes récens ne fût pas suffisamment expliqué par l'intensité de la lésion locale. Les antimoniaux n'eurent aucune prise, l'état du malade était très grave; c'est alors que le musc fut prescrit, et, dès le lendemain, les accidens cérébraux avaient cédé. Enfin M. le docteur Thibaud de Nantes a rapporté, il

(1) T. 59,

y a plus de deux ans, un fait également favorable à l'administration du musc : il fut donné à un jeune soldat atteint de pneumonie arrivée au neuvième jour, et compliquée, depuis vingt-quatre heures, de délire. L'état général était des plus graves ; le pouls battait 115 fois; il était faible; il y avait 40 respirations; le délire était continuel; on avait déjà épuisé les saignées, le kermès à haute dose et les vésicatoires. Ce fut, dans ces conditions, que le musc fut prescrit, le malade prit, toutes les heures 5 centigrammes (1 grain) du médicament; dans la journée, le délire diminua de violence, et à six heures du soir, il avait entièrement cessé. Le malade resta comme hébété, assoupi, ses sens étaient émoussés, le pouls et la respiration avaient diminué de fréquence. On continua l'usage du musc, le malade en prit encore près de 16 décigrammes le jour suivant; dès lors la convalescence se déclara régulièrement.

Dans les faits que je viens d'exposer sommairement, il serait difficile de contester l'utilité du musc; l'amélioration a ici succédé de si près à l'administration du remède, qu'il n'est pas probable qu'il n'y ait eu qu'une simple coïncidence fortuite. Cependant, jusqu'à présent, nous ne sommes pas suffisamment fixés sur l'efficacité de ce médicament, et sur le degré de confiance qu'il mérite, car pour cela, il faudrait que les médecins qui donnent le musc, publiassent indistinctement les succès comme les revers. Jusqu'à ce jour on n'a guère fait connaître que les cas où le musc a paru triompher du délire, de sorte que ne connaissant pas la proportion des insuccès, nous ne pouvons pas calculer les chances de réussite que nous avons, lorsque nous administrons ce remède, pour combattre le délire ataxique. J'ai vu administrer le musc par M. Chomel, chez trois individus atteints de délire nerveux, dans le cours de la pneumonie, et ce fut sans aucune espèce d'avantage. Cependant il est juste de dire que ce médicament fut administré dans les plus mauvaises conditions; les malades étaient dans un état à peu près désespéré, et le musc ne fut donné qu'à dose peut-être insuffisante, puisqu'elle ne dépassa pas 3 ou 4 décigrammes (6 à 8 grains). Il y a un an, j'ai moi-même administré le musc chez un homme, qui au neuvième jour d'une pneumonie,

(1). *Journ. des Conn. méd. chir.* n° 8. Nov. 1839.

offrait depuis trente-six heures, un délire maniaque continuel, j'en prescrivis seulement 2 décigrammes dans une potion, et quelques heures après l'avoir prise, le malade cessa de crier et d'être agité, mais cet individu continua à divaguer et succomba le lendemain. J'expose ce fait sans vouloir en tirer aucune conclusion; je crois toutefois que, dans ce cas, le musc a été sans effet, car si, après son administration, le délire a été moins complet, il n'a pas cependant diminué, mais il est juste de dire, que la dose du musc n'a pas été portée assez loin. En résumé, il n'y a aucun motif qui doive empêcher le médecin à expérimenter ce remède dans les cas de délire ataxique; c'est là d'ailleurs un sujet d'étude que les médecins ne devront pas négliger, car nous ne savons encore rien de positif à cet égard.

Enfin nous arrivons à cette forme de délire qu'on observe chez les individus qui s'enivrent souvent, ou qui boivent chaque jour une grande quantité de liqueurs alcooliques. Ce délire, qui est caractérisé par une loquacité continue, par la violence des emportemens, par l'insomnie complète, doit être considéré comme une forme du *delirium tremens*, et l'on doit lui opposer le traitement qui réussit dans cette dernière maladie, c'est-à-dire qu'il faut administrer de suite aux malades les préparations opiacées, qu'on portera rapidement à de hautes doses, de manière à ce qu'un sommeil calme succède à l'agitation des malades. Comme il est souvent difficile de faire boire les malades, et pour avoir un effet plus prompt, je suis dans l'habitude, dans les cas dont je parle, de prescrire quinze à trente gouttes de laudanum de Sydenham, qu'on mêle à quelques cuillerées d'eau, et qu'on injecte dans le rectum. Si trois quarts d'heure ou une heure après, l'effet calmant ne s'est pas encore fait sentir, j'administre une nouvelle dose. J'ai traité trois malades comme je viens de l'exposer, tous furent calmés, le délire cessa d'être violent, mais un de ces individus ne recouvra qu'incomplétement l'usage des facultés intellectuelles, et succomba deux jours après, aux progrès de la pneumonie. Chez les deux autres, dont le délire débuta lorsque la maladie était déjà en décroissance, j'ai vu l'opium triompher rapidement des accidens cérébraux.

Chez un des malades, qui buvait habituellement, au moins

trois litres de vin par jour, je prescrivis aussi trois tasses de ce liquide à prendre dans la journée ; dès le lendemain, le délire avait diminué, le malade avait même des momens tout à fait lucides ; le traitement fut continué, et vingt-quatre heures après, les facultés intellectuelles étaient intactes, et le malade ne conservait aucun souvenir de ce qu'il avait dit et fait, pendant les deux derniers jours. Dans ce cas, j'ai prescrit du vin, quoique la fièvre n'eût pas encore cessé, mais, je l'ai fait en raison des habitudes d'ivrognerie du malade, et je me repens beaucoup de n'avoir pas suivi, pour les autres individus, qui étaient dans le même cas, le conseil que donne M. Chomel, de leur permettre l'usage d'une petite quantité de vin, qu'ils prennent pur ou qu'on mêle à leur tisane.

L'habile professeur que je viens de nommer, convaincu avec Hippocrate des inconvéniens attachés à l'interruption subite de l'habitude même la plus mauvaise, publia il y a près de vingt-cinq ans, dans le *nouveau journal de médecine* (1), un mémoire sur l'usage du vin dans les maladies aiguës des sujets adonnés à l'ivrognerie. Depuis cette époque, il a habituellement accordé aux individus dont je parle, une certaine quantité de vin, et il n'a pas eu à s'en repentir, tandis qu'il a vu succomber beaucoup de ceux chez lesquels on avait agi différemment.

Pendant les deux années que j'ai passées auprès de M. Chomel, en qualité de chef de clinique, j'ai recueilli l'histoire de cinq individus adonnés à l'ivrognerie, ou du moins, buvant habituellement une grande quantité de vin, et auxquels on accorda chaque jour deux ou trois tasses de ce liquide, en même temps qu'on leur faisait tirer du sang, ou qu'on leur administrait l'émétique à haute dose. Quatre de ces malades ont guéri, et l'affection a suivi une marche régulière ; le cinquième a succombé aux progrès de la maladie; mais aucun d'eux n'a présenté de délire continu, tandis que nous n'avons vu cet accident, que chez ceux auxquels on négligea d'accorder une certaine quantité de vin.

Ces faits d'ailleurs, s'accordent avec la pratique de plusieurs médecins américains, qui observent le *delirium tremens,* chez un grand nombre d'individus, qui atteints de maladies aiguës, cessent brusquement l'usage des liqueurs fermentées. Ainsi, il

(1) T. VII, p. 181, et *Pat. géné.*, p. 633 de la 3e édition.

faut conclure que le meilleur préservatif du délire nerveux qui affecte si souvent les ivrognes atteints d'une maladie aiguë, c'est de ne pas interrompre brusquement leur vicieuse habitude, et de leur permettre encore chaque jour l'usage d'une petite quantité de vin. Lorsque le délire s'est déclaré, s'il est indépendant d'une phlegmasie des méninges, l'opium est le remède le plus efficace pour en triompher; c'est ce que M. Rayer a aussi constaté un certain nombre de fois (1).

## ARTICLE IX.

### Traitement des différentes formes de la pneumonie.

Le traitement de la pneumonie doit subir des modifications importantes, lorsque la maladie revêt quelques-unes des formes que nous avons précédemment étudiées. Les formes bilieuse, typhoïde, intermittente et remittente, sont celles qui deviennent surtout la source d'indications précises et qu'il importe beaucoup de savoir saisir à propos.

#### §. *I. Traitement des pneumonies bilieuses.*

Le traitement des pneumonies bilieuses n'est pas aussi simple qu'on pourrait le supposer, car aucune méthode exclusive ne saurait leur être applicable, et ne pourrait par conséquent être déterminée d'avance; il faut ici, comme toujours, savoir saisir les indications que chaque cas en particulier présente; ces principes ont réglé de tout temps la pratique des bons observateurs. Ainsi Stoll, malgré sa tendance à ne voir partout que des troubles ou des lésions produites par les ravages de la bile, admettait pourtant des cas où la saignée devait être largement employée. M. Bouillaud, est peut-être le seul qui ait osé conseiller une méthode exclusive; ayant voulu rattacher la pneumonie *bilieuse*, à la pneumonie *vraie*, franche, normale, il n'a pu faire aucune distinction pour le traitement, et il a prétendu appliquer aux unes comme aux autres sa méthode inflexible. Mais il est inutile d'insister ici pour combattre les nouvelles prétentions de M. Bouillaud, puisque nous avons vu précédemment, que les faits qu'il avait rapportés dans sa clinique, ne pouvaient être invo-

(1) *Bul. de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1840, t. IV, p. 466.

qués comme des exemples de pneumonie bilieuse, par conséquent la méthode évacuante ne leur était pas applicable. C'est donc sur des erreurs de diagnostic que repose entièrement l'une des hérésies les plus graves que l'on ait pu faire en médecine pratique.

Afin d'éviter nous-mêmes ces erreurs, il faut distinguer avec soin les *pneumonies mixtes* ou *bilieuses inflammatoires*, des pneumonies *bilieuses simples ou proprement dites*, et des pneumonies *bilieuses malignes* ou *typhoïdes*, car les indications thérapeutiques qu'elles présentent varient pour chacune d'elles, et il est important de les saisir dès le début.

Les pneumonies *bilieuses inflammatoires* réclament de suite, l'emploi des émissions sanguines générales, et quelquefois locales; c'est là la première indication à remplir. En effet, dans cette forme, le pouls est fort, la chaleur élevée, enfin il y a tous les symptômes d'un appareil fébrile intense. Ici les phénomènes inflammatoires prédominent; les troubles du côté des organes digestifs ne sont qu'accessoires, parfois même ils sont purement sympathiques, et ne réclament aucun traitement spécial.

La mesure dans laquelle les évacuations sanguines seront faites, devra varier, non-seulement d'après l'âge des sujets, leur constitution, l'intensité du mouvement fébrile, l'étendue de la pneumonie, etc., mais aussi d'après l'influence que le traitement antiphlogistique exercera sur les symptômes bilieux eux-mêmes. J'ai vu en effet, chez un malade, qu'au fur et mesure qu'on répétait la saignée, non-seulement les symptômes thoraciques étaient enrayés dans leur marche, mais j'observais en outre une diminution notable dans les phénomènes bilieux. Ce fait, déjà noté par Stoll, doit faire supposer que les troubles des organes digestifs et de l'appareil biliaire sont purement sympathiques de l'état fébrile, et l'on peut alors s'abstenir d'administrer les évacuans; les purgatifs seuls peuvent être employés, mais dans le but seulement d'opérer une médication révulsive. Chez 5 autres malades qui étaient affectés dès le début d'un appareil fébrile à peu près aussi intense que les premiers, les évacuations sanguines furent pourtant moins bien supportées; le pouls s'affaissait rapidement après la première ou la deuxième saignée, et si, dans deux cas, les symptômes inflammatoires parurent enrayés, chez tous cependant, les troubles digestifs

persistèrent au même degré, et s'accrurent même chez plusieurs. Il était dès-lors évident, qu'une indication nouvelle se présentait; si on était assez heureux pour la saisir, si on administrait au malade 12 décigrammes d'ipécacuanha, ou mieux encore un émeto-cathartique, on voyait, dès le lendemain de cette médication, le pouls diminué de fréquence, la peau douce au toucher et revenue presque à sa température normale ; l'auscultation et la percussion faisaient aussi reconnaître qu'un travail de résolution avait commencé dans la poitrine. Enfin, chez 2 malades, l'amélioration fut si marquée, l'état de bien-être si grand, que la convalescence commença presque immédiatement.

Il est bien important de saisir à propos l'opportunité de la médication évacuante, et de ne pas le retarder dès que l'indication est précise. J'ai vu une femme de cinquante-un ans, qui était affectée d'une pneumonie bilieuse de médiocre intensité; une saignée de 400 grammes et une application de vingt sangsues avait procuré un amendement notable : la fièvre avait un peu diminué, quoique l'expectoration et les phénomènes stéthoscopiques n'indiquassent aucune diminution dans l'engorgement pulmonaire; les signes d'embarras gastrique et intestinal étaient restés les mêmes pendant trois jours; l'état de la malade était stationnaire, un laxatif qui fut administré et qui provoqua neuf selles assez abondantes, n'apporta aucune modification bien importante dans l'état général et local. Ce fut alors seulement qu'un éméto-cathartique fut administré; l'amélioration fut tellement prompte et en même temps complète, que dès le lendemain, le pouls était tombé de cent à soixante-quatre, la respiration de trente-deux à vingt, la chaleur était douce, les crachats entièrement blancs, mais encore un peu visqueux, le souffle avait cessé et avait été remplacé par une crépitation peu abondante et un commencement d'expansion vésiculaire; enfin, les forces qui étaient anéanties la veille, étaient revenues, la malade avait l'aspect de la santé. Je lui prescrivis du bouillon le matin; et le soir son appétit fut tellement impérieux, que la religieuse se décida à lui donner un potage qui fut parfaitement digéré.

Ainsi, on voit que dans ce fait, le vomitif fut le complément nécessaire, indispensable du traitement déjà employé. La maladie se serait peut-être prolongée longtemps encore, si on avait tardé davantage de saisir l'indication d'évacuer à la fois l'esto-

mac et l'intestin. Le seul inconvénient qui est résulté, dans ce cas, de l'emploi tardif de l'éméto-cathartique, c'est une prolongation du malaise, et un état stationnaire de la maladie. Si la pneumonie eût été plus grave, si le sujet eût été affaibli ou d'une mauvaise constitution, ou s'il s'était trouvé sous l'influence de certaines constitutions atmosphériques, peut-être aurions-nous observé le développement des symptômes typhoïdes. Les auteurs, Stoll et J. Frank, en particulier, ont vu, en effet, nombre de fois, les pneumonies bilieuses se transformer en pneumonies typhoïdes, lorsqu'on ne saisissait pas à temps l'indication évacuante, ou lorsqu'on abusait des émissions sanguines.

Lorsque dans le cours d'une pneumonie bilieuse, il y a indication de tirer du sang, il faut le faire avec prudence; il est préférable de pratiquer plusieurs petites saignées successives qu'une seule saignée copieuse, de peur de produire un état de collapsus toujours fâcheux. Mais l'emploi de l'éméto-cathartique doit être subordonné à l'état du pouls. Lorsque celui-ci est dur, ample, résistant, il faut pratiquer une ou plusieurs saignées préalables, car si on commençait le traitement par l'administration de l'émétique, on verrait presque infailliblement les symptômes inflammatoires prendre plus d'intensité, sans même obtenir aucune amélioration dans les phénomènes gastriques. Le fait suivant le prouve.

Un maçon, âgé de vingt ans, entra à l'hôpital au quatrième jour d'une pneumonie bilieuse inflammatoire. Sans tenir compte de la chaleur vive de la peau, de l'état du pouls qui battait cent huit fois par minute, et qui était assez fort et assez résistant, on administra 15 centigrammes d'émétique, qui procurèrent des vomissemens copieux, sans amener de selles. Le lendemain, le malaise était plus grand, la chaleur plus élevée, le pouls donnait cent vingt battemens, le point de côté était augmenté, la respiration bronchique était plus rude et occupait un plus grand espace, enfin les symptômes gastriques étaient seulement diminués. Une saignée fut prescrite aussitôt, on la renouvela le soir et le lendemain matin; ce traitement eut pour résultat de faire retomber le pouls à cent huit pulsations, de faire cesser la douleur de côté, et de circonscrire la pneumonie. Mais les symptômes d'embarras gastrique et intestinal persistant à peu près au même degré qu'au premier jour, un éméto-cathartique fut

encore administré, et dès le lendemain, le souffle était mêlé à de la crépitation, le pouls était descendu à quatre-vingt quatre; enfin deux jours après, le malade digérait des potages, et le troisième jour on put lui accorder des alimens solides.

Je pense avec beaucoup d'auteurs, et avec J. Frank en particulier (1), qu'il y a fort peu de pneumonies bilieuses, surtout sporadiques, dans le traitement desquelles les saignées générales et locales soient formellement contre-indiquées surtout dès le début. Cependant, il y a une forme de pneumonie bilieuse qui réclame avant tout l'emploi des évacuans, toute autre médication devant être inutile ou même nuisible. Lorsqu'en effet, avec des symptômes très évidens d'embarras gastrique et intestinal, le pouls est mou et dépressible, lorsqu'il y a prostration des forces, lorsque l'accablement est grand, il faut se hâter de donner l'émétique. Si, contrairement à ce précepte on s'obstinait à vouloir tirer du sang, on verrait probablement se déclarer des symptômes typhoïdes plus ou moins graves. Mais après avoir rempli l'indication évacuante qui est ici la chose capitale, si on voyait le pouls acquérir de la force et de l'ampleur, on pourrait alors retirer du sang avec quelque avantage. J'ai eu occasion d'observer, l'année dernière, deux malades qui étaient des exemples de la forme de pneumonie bilieuse dont je parle; quoique jeunes et d'une constitution assez forte, je n'hésitai pas pourtant à donner un éméto-cathartique, car c'était la seule indication positive qui ressortait de l'examen symptomatique. Le succès le plus prompt justifia le traitement, car, dès le lendemain, l'état général et local des sujets s'était considérablement amendé, et deux jours après, la convalescence était assurée. C'est ce que va prouver l'observation suivante que je crois utile de rapporter avec quelques détails.

Un jeune homme, âgé de 18 ans, de profession inconnue, à Paris depuis trois ans et demi, a toujours joui d'une bonne santé, il n'est pas sujet aux rhumes, n'a jamais eu d'hémoptysie; il est issu d'une mère qui a probablement succombé à la phthisie pulmonaire; soumis à des conditions hygiéniques favorables, il fait rarement des excès. Dans la journée du 11 février, ce malade ayant le corps

(1) *Prax. medicæ.* Par. II. vol. II., p. 594.

échauffé, s'exposa à l'air froid des rues, néanmoins il n'éprouva aucun malaise, ne toussa point, et resta ainsi pendant 24 heures parfaitement bien portant. Ce fut le 12, dans la soirée, qu'il fut pris brusquement et sans cause, d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine avec un malaise et un brisement général, quelque temps après, il eut un frisson violent avec claquemens de dents qui dura une heure, la toux commença dans le courant de la nuit, et il éprouva aussi quelques nausées. Le 12 il s'est levé, a essayé de travailler et de manger une soupe, mais les accidens ont continué de s'accroître; dans la journée, il a expectoré des crachats jaunes et rouges ; il est entré à l'hôpital le 13 février e je le vis le lendemain 14. Il est d'une constitution médiocrement forte; le facies n'offre aucune expression particulière, les pommettes et les joues sont un peu colorées et également des deux côtés, il y a une céphalalgie frontale de médiocre intensité, le sommeil des nuits dernières a été pénible et souvent interrompu. La langue est couverte d'un enduit blanc jaunâtre, la soif est vive, la bouche amère exhale une odeur nauséeuse, il y a des envies de vomir, le malade a eu plusieurs vomissemens de matières jaunes, amères, rendues en petite quantité, qui l'ont soulagé; il y a de temps en temps des renvois acides et quelques éructations. Constipation, ventre indolent et souple, sentiment de tension à l'épigastre. Crachats peu abondans, rendus facilement, blancs et visqueux pour la plupart, deux sont d'un jaune abricot. Le malade accuse une douleur qui occupe tout le côté gauche de la poitrine, du rebord costal à l'épaule; elle est plus forte dans la région mammaire, n'augmente ni par la pression ni par les mouvemens qui restent libres; les battemens du cœur sont intacts. La respiration est pure à droite et à gauche en avant; quoique la percussion fasse entendre un son aussi clair qu'à droite, et que l'élasticité soit aussi parfaite que du côté opposé, cependant le bruit respiratoire y est notablement plus faible, ainsi que sur toute la partie latérale; en arrière le son est mat dans les deux tiers inférieurs de la poitrine. Dans le cinquième inferieur, il y a absence de tout bruit pendant la respiration, tandis que lorsque le malade parle, on entend de l'égophonie ; au-dessus de ce point jusqu'à l'épine de l'omoplate il existe du soufle à l'inspiration et à l'expiration, et de la crépitation un peu humide et grosse,

pendant la toux ; la crépitation est très-nombreuse au niveau de l'épine de l'omoplate ; dans la fosse sus-épineuse, la sonoréité est moins marquée et l'élasticité moindre qu'à droite, le bruit respiratoire y est très faible. Il y a quarante respirations par minute; le pouls faible, dépressible et très petit, donne cent vingt-huit battemens réguliers ; la chaleur est vive, sèche, mais sans âcreté, il y a de l'accablement et le sentiment d'une grande faiblesse; l'urine est rougeâtre et un peu trouble. On prescrit (15 centigrammes d'émétique), qui procurent cinq vomissemens bilieux et un nombre égal de selles sans coliques. Dans la nuit, le malade dort, pendant plusieurs heures, d'un sommeil calme. Le 15, il y a 20 respirations, le pouls donne 80 pulsations plus amples que la veille, la chaleur est douce, le malade n'a pas sué, les crachats sont entièrement blancs, mousseux à leur surface, et peu visqueux, la douleur de côté est presque nulle, la matité qui existait en arrière a beaucoup diminué. L'égophonie, la respiration bronchique, et la crépitation n'existent plus, et sont remplacées par un défaut presque complet d'expansion pulmonaire. La langue est blanche, la soif modérée, la bouche encore un peu amère , il n'y a plus de nausées, l'appétit est nul, les urines rougeâtres et troubles précipitent abondamment par l'acide nitrique, et le précipité se redissout par la chaleur. Le malade est gai, il se sent beaucoup plus fort qu'hier (bouillon); le 16, il y a vingt respirations et soixante pulsations, le malade s'est un peu levé, l'appétit est revenu, la bouche n'est plus amère, il y a quelques crachats muqueux , le son est un peu obscur dans le tiers inférieur seulement, le bruit respiratoire, nul dans ce point, est affaibli dans tout le côté gauche, l'urine ne donne pas de précipité (potages). Le 17, la respiration est revenue à son état normal à gauche, excepté dans le quart inférieur postérieur (un quart d'alimens). Le 19, le malade éprouve depuis ce matin une douleur en dehors du mamelon, se propageant à la base de la poitrine en arrière, augmentant par l'inspiration; la percussion est moins sonore à son niveau ; le bruit respiratoire est plus faible, et on entend en outre un bruit de frottement rude à l'inspiration et à l'expiration, qui n'a cessé que le 22. Lors de sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 23 , la toux avait cessé, il n'y avait pas d'oppression, le son était encore un peu obscur dans le quart inférieur et postérieur, le bruit respiratoire était un peu

plus faible dans ce point ; il n'y avait pas de retentissement ; le malade a presque toutes ses forces et a l'intention de reprendre ses occupations dès le lendemain.

Des faits semblables au précédent sont assez rares dans ce climat, cependant il peut arriver que, sous l'influence d'une constitution médicale particulière, les pneumonies qui règnent pendant un certain temps s'accompagnent de symptômes bilieux et d'une grande prostration des forces : c'est ce qui paraît avoir été souvent observé par les médecins du 18e siècle. Les pneumonies et les pleurésies qui furent traitées à l'Hôtel-Dieu de Rouen, pendant l'année 1824, paraissent également se rattacher à la forme bilieuse dont je parle. Le docteur Hellis (1), qui en a publié une relation intéressante, dit en effet, que chez le plus grand nombre des sujets, il y avait un point de côté, des crachats sanglans, une chaleur âcre ou humide, une langue sale, saburrale, une bouche amère, un pouls petit, mou et fréquent. L'émétique administré chez le plus grand nombre, diminuait l'oppression, dilatait le pouls et faisait disparaître le sang des crachats ; souvent même le point de côté cessait après les effets produits par l'émétique ; toutefois, dans un certain nombre de cas, on combattit ce symptôme par la saignée locale. Lorsque le remède évacuant était retardé, on voyait souvent apparaître des symptômes alarmans, tels que le délire, la prostration des forces, une anxiété et une oppression extrêmes. En suivant sa méthode, M. Hellis n'a perdu que 5 malades sur 47 qui furent reçus à l'hôpital ; les évacuans au début et au déclin de la maladie, les révulsifs à l'extérieur, les expectorans et de légers toniques à l'intérieur ; enfin des sangsues promptement et sobrement appliquées, lorsqu'un point paraissait être le siége d'une congestion active, tel fut l'ensemble des moyens qui réussirent pendant la constitution médicale qui régna à Rouen, en 1824. La mollesse du pouls, la chute des forces, les signes d'adynamie qui existaient, peuvent faire pressentir de quel effet eût été la saignée, même locale, si elle eût été employée avec moins de réserve.

Dans le fait que je viens de rapporter, on voit un exemple de pneumonie bilieuse bien caractérisée et qui a cédé rapide-

(1) *Clin. de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, Paris 1826, p. 67.

ment à l'administration opportune d'un émétique. Dans ce cas, on a suivi l'indication prédominante, sans s'occuper, pour ainsi dire, de la maladie principale; c'est ainsi qu'on devra agir dans les circonstances analogues. Beaucoup de personnes se seraient cru obligées de commencer le traitement par faire une ou deux saignées générales et locales, mais le pouls n'indiquait pas l'urgence d'une évacuation sanguine; et si on l'eût pratiquée, on eût presque nécessairement aggravé la maladie, ou produit peut-être le développement d'un état typhoïde qui se serait encore aggravé, si on avait persisté dans les mêmes erremens. Le fait suivant justifiera en partie les opinions que je viens d'émettre.

Un maçon, âgé de vingt-trois ans, n'ayant jamais fait de maladie grave, est sujet à tousser tous les hivers; mais ses rhumes ne s'accompagnent jamais ni d'amaigrissement, ni de fièvre; il n'a point eu d'hémoptysie, n'est pas habituellement essoufflé; il n'y a encore eu aucun tuberculeux dans sa famille; il est soumis à des conditions hygiéniques convenables. Le 13 avril 1839, ayant bu de l'eau froide, pendant qu'il était en sueur, il a ressenti, deux heures après, des frissons irréguliers; le soir, il a peu mangé et s'est couché peu après, éprouvant du malaise et de la céphalalgie. La nuit fut paisible, il dormit tranquillement. Le 14, il s'est levé pour aller à son travail, mais le malaise augmentant, il a été forcé de quitter son atelier à deux heures, éprouvant depuis quelques momens une douleur assez vive à la base du thorax à droite, et vers le flanc correspondant. Les frissons étaient continuels, la fièvre était intense; il avait une toux sans expectoration, des envies de vomir continuelles, puis quelques vomissemens bilieux qui l'ont soulagé; la bouche était amère, la soif vive, les forces ont été immédiatement prostrées, le malade s'est alité et n'a pas bu du vin chaud. Dans les journées des 14 et 15, il a eu deux saignées et quatorze sangsues après lesquelles il a été plus souffrant. Les envies de vomir ont persisté, les vomissemens sont devenus plus fréquens, plus difficiles, douloureux; il avait des renvois acides, et des hoquets; le point de côté a augmenté; des crachats sanguinolens ont été rendus après la seconde saignée. La faiblesse est devenue telle que le malade n'a pu se tenir sur ses jambes, et a même éprouvé une syncope, lorsqu'on l'a levé de son lit pour le conduire à l'hôpital où on l'a apporté en brancard, dans la soirée du 15; je le vis le len-

demain, 16. Ce jeune homme est maigre et d'une constitution délicate, il est couché sur le dos, sa figure est pâle, abattue avec un peu de stupeur, les pommettes sont légèrement et également colorées, le teint est jaunâtre, cette couleur est aussi marquée sur les sclérotiques. Douleur à la base de la poitrine à droite, augmentant par la percussion. En avant, rien de morbide du côté du cœur ; respiration pure des deux côtés ; mais le murmure vésiculaire est un peu plus faible à droite qu'à gauche; la sonorité et l'élasticité sont normales en arrière, à gauche ; il en est de même pour le côté droit, excepté dans sa moitié superieure. Là, en effet, le son est mat, l'élasticité est nulle ; dans la fosse sus-épineuse, le bruit respiratoire est très faible, l'expiration est prolongée sans souffle; dans la fosse sous-épineuse, et vers sa moitié externe, on entend une crépitation nombreuse, fine, sèche, et une respiration soufflante ayant son maximum d'intensité à l'expiration ; à ce niveau, la broncophonie est très retentissante. Au-dessous de ce point, on ne distingue plus que de la crépitation mêlée à un peu de rale sibilant disséminé inégalement. Le malade a rendu une demi-douzaine de crachats visqueux, aérés, d'une couleur jaune abricot ; peu de toux, expectoration facile, trente-six respirations, cent douze pulsations ; le pouls offre une certaine ampleur ; il est parfois dicrote, mais il est mou et extrêmement dépressible ; chaleur vive et sèche, bouche amère, envies continuelles de vomir, langue aride jaunâtre, haleine fétide nauséeuse, dents un peu encroûtées à leur collet, soif vive, endolorissement vers les deux hypochondres ; la matité du foie qui ne déborde pas le rebord costal, remonte jusqu'à la sixième côte; la rate est petite, le ventre souple, sans douleur, sans gargouillemens ; pas de selles depuis deux jours. Céphalalgie frontale médiocre, insomnie presque complète, rêvasseries quand il s'assoupit, étourdissemens, marche chancelante, faiblesse très grande ; urine rougeâtre, acide, ayant son odeur ordinaire, et ne précipitant pas par l'acide nitrique (15 centi. d'émé. et 16 grammes sulfate de soude à prendre dans trois verres d'eau). Le 17, il a vomi au moins un litre d'une matière verte très-amère ; il a eu 3 selles sans coliques, soulagement; il a pu dormir quelques heures ; le pouls est descendu à 92, le nombre des respirations à 28, les crachats sont un peu moins colorés, la douleur de côté est

encore incommode et n'a pas diminué ; les phénomènes d'auscultation ne se sont pas étendus, le souffle a beaucoup diminué d'intensité, la crépitation est plus nombreuse, plus humide et plus grosse ; le ventre est souple, un peu endolori ; la bouche moins amère, les envies de vomir ont cessé, les mouvemens du malade dans le lit sont plus faciles, il semble moins faible; urine rougeâtre, léger nuage, en y versant l'acide. (2 vent. scarifiées, 1 bouteille d'eau de Sedlitz). Le 18, il a eu hier huit selles liquides, la bouche n'est plus amère, la soif est nulle, le ventre souple, l'appétit commence, pouls à 70, souple, 24 respirations; douleur de côté moindre : elle s'est déplacée, et existe vers la région lombaire. La respiration est égale en avant des deux côtés ; en arrière, la crépitation est rare, l'expansion pulmonaire commence à se faire, mêlée à un râle sibilant, la broncophonie a cessé, la matité est beaucoup diminuée. Le teint est pâle, la couleur jaunâtre a cessé; nulle céphalalgie, sommeil paisible sans rêves ; les forces sont revenues, le malade a pu se lever pour aller au bassin. Urine jaunâtre sans trouble, ne se précipite pas par l'acide (bouillon). Je ne vois pas le malade les deux jours suivans. Le 21, il est convalescent, le pouls a 64; peau sans chaleur, peu de toux, crachats muqueux et rares; dans les points occupés par la pneumonie, on entend le bruit respiratoire plus faible, mais pur et sans râle ; l'expiration est un peu prolongée sans timbre soufflant, la voix n'y retentit pas. Langue nette, humide ; appétit, depuis hier, le malade mange le quart ; sommeil bon ; il s'est levé et a pu se promener dans la salle, soutenu par un des camarades; les forces reviennent lentement. Le malade sort le 5 mai ; il est encore pâle et faible, il est même incapable de reprendre ses travaux ; il mange les trois quarts depuis 6 jours. Dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié externe de la fosse sous-épineuse, le bruit respiratoire est encore un peu plus faible, partout ailleurs tout est à l'état normal.

On vient de voir ici l'exemple d'une pneumonie qui ne semblait pas occuper le poumon à une grande profondeur, et qui s'accompagne cependant d'un état général assez grave. Deux ordres de symptômes ont prédominé dès le début de la maladie : d'abord des phénomènes gastriques et bilieux et une grande faiblesse, accidens qui ont beaucoup augmenté par

suite du traitement antiphlogistique qui fut suivi On a vu que lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, il présentait un ensemble de phénomènes typhoïdes, à tel point que le médecin auquel il fut confié crut à l'existence d'une fièvre grave, et prescrivit en conséquence le traitement évacuant. Cette méprise fut probablement très heureuse pour notre malade, car l'éméto-cathartique produisit un soulagement manifeste, mais incomparablement moins complet que celui que nous avons noté chez le premier malade; il fallut chez le dernier insister davantage sur le traitement évacuant. Que serait-il arrivé, si, au lieu de la médication qui fut adoptée à l'hôpital, on eût insisté sur les saignées? A en juger par les effets que celles-ci avaient déjà produits, il est rationnel de supposer qu'elles auraient augmenté l'état typhoïde. Il eût été plus convenable, chez ce malade, de s'abstenir tout à fait de saigner, ou du moins il eût été prudent de tirer du sang avec plus de ménagement, en tout cas, on aurait dû commencer, avant tout, par prescrire un éméto-cathartique, puisque l'indication évacuante était celle qui prédominait; c'est probablement pour n'avoir pas saisi à propos l'opportunité de la médication, que nous avons vu la convalescence traîner en longueur. On trouvera une nouvelle preuve de ce que je dis ici dans le fait que je vais rapporter.

Montel, maçon, âgé de vingt ans, à Paris depuis onze mois, est d'une constitution grêle, chétive et paraît avoir à peine seize ans. Depuis sa plus tendre enfance il est sujet à de fréquens malaises; il éprouve une ou deux fois par mois de la perte d'appétit, du dévoiement, un peu de fièvre, accidens qui cèdent après deux ou trois jours de repos. Il n'est pas sujet aux rhumes, n'a jamais eu d'hémoptysie; il ne commet jamais d'excès; il se nourrit convenablement. Je n'ai pu saisir aucune cause évidente pour expliquer le développement de la maladie actuelle qui a débuté dans la nuit du 8 au 9 janvier 1839; cependant dans la journée du 8, il a été placé dans des conditions où un refroidissement a pu avoir lieu, sans que le malade en ait eu la conscience. Couché le soir bien portant, il se réveille au milieu de la nuit éprouvant un malaise général, avec une céphalalgie vive et de la fièvre; il n'y eut pas de frissons. Le lendemain il ne put travailler, et eut un peu de dévoiement; il com-

mença aussi à tousser et à rejeter quelques crachats sanguinolens dans la journée du 9. Une douleur médiocre se déclara deux jours après à la base du côté droit de la poitrine. Depuis le début, il n'y a jamais eu d'épistaxis ni de vomissemens, mais des nausées continuelles ; le malade a complétement perdu l'appétit, le sommeil et les forces. Il s'est fait apporter le 11 à l'hôpital ; je l'ai vu pour la première fois le 12 au matin. Il est couché sur le dos, mais peut se mettre facilement sur l'un ou l'autre côté ; sa figure porte l'empreinte d'une stupeur marquée ; les joues sont colorées ; la couleur, d'un rouge vineux, est plus intense sur la pommette droite. Il y a une céphalalgie frontale très vive, accompagnée d'étourdissemens et de bourdonnemens d'oreilles. Le pouls bat 96 fois ; il est peu développé et mou. La peau est chaude et sèche ; la langue est jaunâtre, humide à ses bords, aride à sa pointe ; la soif vive, la bouche mauvaise, amère ; haleine fétide, envies de vomir continuelles, renvois acides, ventre sans météorisme et un peu douloureux à l'ombilic ; le malade a deux selles liquides et jaunâtres par jour. La rate n'est pas volumineuse ; il n'y a ni taches rosées ni sudamina. L'urine est jaunâtre ; elle a son odeur et son acidité naturelles ; elle ne donne aucun précipité par l'acide nitrique. Il y a une douleur médiocrement violente au milieu du cinquième espace intercostal à droite, augmentant par la pression, et qui s'irradie jusque vers le rebord costal en bas, et antérieurement jusqu'au voisinage du mamelon. Quarante respirations, toux peu fréquente, expectoration facile, crachats visqueux, peu aérés, d'une couleur abricot clair. En avant la sonoréité du thorax est normale ; le bruit respiratoire, généralement faible, est mêlé à un peu de râle sibilant et ronflant ; les battemens du cœur sont normaux. En arrière, à gauche, la respiration est pure ; à droite, dans la moitié supérieure, la sonoréité est moins parfaite, l'élasticité est diminuée ; crépitation fine, sèche, nombreuse ; souffle surtout à l'expiration ; le retentissement de la voix est médiocre. Dans l'aisselle la respiration est rude et un peu sèche. La faiblesse est très grande ; le malade ne peut se porter sur ses jambes sans être soutenu par des aides. Depuis qu'il est malade il est privé de sommeil, et dès qu'il s'assoupit, il est tourmenté par des rêves ; on lui a fait hier soir une petite saignée de 128 grammes

qui ne l'a pas soulagé; le sang offre une petite couenne irrégulière, le caillot est peu consistant. Aujourd'hui, on prescrit quatre ventouses sur la poitrine, un éméto-cathartique avec émétique 15 centigrammes, et sulfate de soude 16 grammes. Le 13, le facies est naturel, la céphalalgie a presque cessé ; sentiment de bien-être; le malade se sent moins faible et a dormi paisiblement pendant une grande partie de la nuit. La langue est humide sans enduits, la soif nulle, il y a eu hier un vomissement amer et trois selles sans coliques; le ventre est plat et indolore, le pouls à 96, toujours faible, la peau est moins chaude, 28 respirations. La douleur de côté a peu diminué, crachats abondans, un peu diffluens, la plupart grisâtres, il y a quelques petites masses couleur, abricot un peu visqueuses, non aérées. Dans l'aisselle et sur une étendue verticale de 9 centimètres, respiration sèche, mêlée à de la crépitation fine et sèche, l'expiration est soufflante, il y a de la broncophonie, le son est très obscur à ce niveau. En arrière dans les points envahis la veille, la sonoréité est moins obscure, le bruit respiratoire est moins faible ou est mêlé à un râle sibilant et sonore ; urine comme la veille, (une bouteille d'eau de Sedlitz). Le 14, facies naturel; il y a eu hier trois selles sans coliques, langue naturelle, appétit, chaleur douce de la peau sans sueurs, pouls, soixante-quatre mouvemens, vingt respirations; crachats encore visqueux, peu aérés, d'une teinte légèrement rougeâtre. Dans la moitié supérieure postérieure du côté droit, le bruit respiratoire est plus faible qu'à gauche, le retentissement de la voix y est moins marqué que du côté opposé ; dans l'aisselle, aux inspirations ordinaires, on entend le bruit naturel de la respiration un peu affaibli, mêlé à une crépitation un peu fine et à un bruit de taffetas pendant la toux seulement. L'urine présente un léger nuage, elle ne précipite pas par l'acide, elle a son odeur, son acidité et une couleur jaune citron (bouillon, potages). Le 15, crépitation grosse dans l'aisselle ; en arrière, l'expansion est presque revenue à son état normal, les crachats ont l'aspect d'une solution épaisse de gomme arabique; le malade a un peu transpiré pendant la nuit, urine comme la veille (quart d'alimens). Le 16, toute crépitation a cessé, le bruit respiratoire est un peu plus faible, l'urine jaune orange, est troublée par l'acide nitrique. Cet état persiste le 17; il cesse le 18, le malade sort le 20. Les points qui ont été

envahis par la pneumonie sont revenus à leur état normal, la respiration est pure et égale des deux côtés, la poitrine est également sonore partout ; le malade ne tousse plus, l'appétit est bon, les forces sont revenues en grande partie; Montel pense être en état de travailler d'ici à peu de jours.

Ce fait offre beaucoup d'analogie avec celui qui le précède ; on voit, dans les deux cas dont j'ai parlé, une pneumonie peu grave, s'accompagnant, dès le début, de symptômes bilieux et adynamiques. Au premier sujet, ne tenant aucun compte de ces accidens, on fit subir trois pertes de sang qui aggravèrent beaucoup l'état général, tandis que la convalescence se déclara rapidement après avoir satisfait à l'indication évacuante; mais le retard qu'on avait mis à la remplir eut pour effet de rendre beaucoup moins prompt le retour des forces. Chez le dernier malade, au contraire, auquel on ne fit, à proprement parler, qu'une saignée exploratrice , et chez lequel on s'empressa de combattre les symptômes bilieux , nous vîmes la convalescence survenir de bonne heure, la résolution de l'engorgement pulmonaire se faire avec rapidité ; enfin , les forces se rétablirent promptement.

En résumé , on vient de se convaincre, par tout ce qui précède, que dans les pneumonies bilieuses, il y a dans la maladie un élément nouveau qu'il faut combattre : l'état des fonctions digestives indique certainement l'emploi d'une médication évacuante ; cependant, il importe de dire que pour satisfaire l'indication nouvelle , tous les momens ne sont pas également opportuns , et l'administration de l'éméto-cathartique devra être toujours subordonnée à l'état général du sujet.

Ainsi , lorsqu'on verra qu'une pneumonie s'accompagne de tout l'appareil symptomatique des fièvres inflammatoires, lorsque le pouls sera ample , dur , serré , quelque marqués que soient les signes d'embarras gastrique, il ne faut point s'en occuper , tandis que c'est uniquement contre l'appareil fébrile, que doivent être dirigés d'abord tous nos moyens thérapeutiques , c'est-à-dire que dans le cas que je suppose ici, il faut commencer le traitement par pratiquer une ou plusieurs saignées générales , comme on le ferait si la pneumonie était exempte de toute complication; car il arrive quelquefois comme je l'ai déjà dit, que les antiphlogistiques diminuent les symptômes bilieux , qui peuvent ensuite cesser spontanément. Lors-

que ceux-ci persistent après que le pouls a perdu de sa force et de sa fréquence, on peut alors recourir utilement à l'emploi d'un éméto-cathartique.

On voit donc que dans le traitement des pneumonies bilieuses, je conseille comme règle de conduite, de combattre les symptômes prédominans. D'ailleurs, dans la pneumonie bilieuse, pour être autorisé à commencer le traitement par l'emploi des émissions sanguines, il ne suffit pas que le malade *puisse soutenir la saignée*, il faut encore, que la saignée *soit reconnue nécessaire*. Au contraire, lorsque l'état bilieux prédomine, lorsque le pouls est petit, faible, dépressible, comme j'en ai rapporté plusieurs exemples, il convient, dans ce cas, de donner de suite un éméto-cathartique, sauf à recourir plus tard aux émissions sanguines, si les caractères du pouls venaient à l'indiquer. Ce que je dis ici me paraît être généralement vrai pour les pneumonies bilieuses sporadiques.

On conçoit que la règle de conduite pourrait être différente dans les cas de certaines constitutions médicales, ou dans quelques épidémies. C'est ainsi, par exemple, que Stoll avait remarqué que pendant la constitution de l'année 1776, il était généralement nuisible de commencer le traitement par une évacuation sanguine, même quand la force du pouls semblait l'indiquer; mais ce sont là des faits qu'il est impossible de prévoir ni de calculer d'avance.

### § II. *Traitement des pneumonies typhoïdes.*

Le traitement des pneumonies typhoïdes est l'un des plus difficiles; non-seulement il n'y a aucune méthode qui soit applicable à tous les cas, mais encore chez le même malade, on est souvent obligé de varier la médication, suivant la période à laquelle la maladie est parvenue, et suivant les symptômes qui prédominent. C'est ainsi que les antiphlogistiques, les évacuans, les antispasmodiques et les toniques peuvent être employés successivement chez le même malade, ou chez des malades différens. Le choix des moyens thérapeutiques sera déterminé d'après les indications positives que fournit l'état général; c'est ce que je vais m'efforcer de déterminer.

L'état typhoïde peut coexister avec l'appareil symptomatique

de la fièvre inflammatoire, c'est-à-dire que la stupeur, la prostration des forces, l'accablement, l'insomnie, les vertiges, l'état fuligineux des dents et de la langue, existent quelquefois chez un sujet vigoureux dont le pouls est large, dur, vibrant. Dans ce cas, l'indication de tirer du sang est positive; cependant, je dois faire observer, qu'il ne faut pas en général appliquer tout d'abord le traitement antiphlogistique avec la même énergie que dans les cas où les symptômes inflammatoires existent seuls, car il arrive souvent, surtout en temps d'épidémie, que les malades tombent rapidement dans un état de collapsus très grave; aussi, avant de pratiquer une seconde ou une troisième saignée, devra-t-on avoir égard à la persistance de l'état inflammatoire, et aux effets obtenus par les premières émissions sanguines. Il arrive d'ailleurs quelquefois, que l'état typhoïde lui-même diminue et cesse par l'emploi du traitement antiphlogistique et contre-stimulant, mais ces cas ne sauraient être déterminés d'avance. D'autres fois, après avoir débuté par l'appareil symptomatique des fièvres inflammatoires franches, auxquelles on a opposé un traitement antiphlogistique, on voit survenir consécutivement des accidens typhoïdes qui exigent certaines modifications dans la thérapeutique, c'est ce que va prouver l'observation suivante.

Bourel, couvreur, âgé de 40 ans, est d'une santé habituellement bonne. Il y a un an, il a eu une pneumonie droite qui a guéri après deux saignées générales et un séjour de vingt jours à l'hôpital. Depuis le commencement de l'hiver, il tousse et crache sans avoir maigri; il se nourrit bien, ne fait pas d'excès, et, depuis un mois, il éprouve des chagrins. Il s'est alité le 18 avril 1838, mais déjà, depuis cinq ou six jours avant, il éprouvait du malaise, et de la faiblesse; il a continué à travailler avec peine, a perdu l'appétit; enfin le 18, sans causes appréciables, son malaise a augmenté, il a éprouvé un frisson, un point de côté à droite, de la fièvre, et a rendu aussitôt des crachats jaunes. Pendant les deux jours qu'il est resté chez lui, il n'a suivi aucun traitement, n'a pas bu de vin chaud et il est entré le 21 à l'hôpital. Cet homme est assez fortement constitué; son facies est rouge, animé, pouls 108, ample, assez dur, chaleur vive, trente-six respirations, toux fréquente, expectoration d'un liquide séreux, aéré, jaunâtre, semblable à une solution de

gomme arabique; douleur de côté à droite, à neuf centimètres en dehors du mamelon, s'irradiant jusqu'à la base, augmentant un peu par la pression et par les mouvemens du tronc. Il n'y a aucun bruit morbide dans tout le côté gauche, ni en avant à droite dans la région sus-mammaire, mais en dessous du mamelon le son est obscur ; le bruit respiratoire faible, est mêlé à une crépitation fine et sèche; sur toute la partie latérale, depuis le fond de l'aisselle jusqu'à la base, la respiration est sèche, rude, et mêlée à de la crépitation fine avec une expiration soufflante; en arrière ces mêmes phénomènes existent dans la moitié inférieure. Langue blanche, humide, soif, bouche sans saveur, ventre souple, pas de selles, pas de céphalalgie; le malade est habituellement couché sur le dos ; forces encore conservées ; le malade a pu venir seul à l'hôpital. (Saignée de 4 palettes; et 30 sangsues sur le côté.) Le sang est fortement couenneux et dense.

Le 22, les crachats présentent le même aspect ; le pouls est à 108, il est ample, mais résiste peu, 44 respirations, chaleur vive ; même état qu'hier, si ce n'est que la crépitation a complétement cessé en arrière, et qu'elle a été remplacée par du souffle bronchique existant à l'expiration et à l'inspiration; la broncophonie y est très retentissante; le malade se sent très faible, (saignée de 312 grammes, (10 onces) sang couenneux comme hier. Le soir, le malade est très faible ; du souffle existe depuis l'aisselle jusqu'à la base ; la crépitation a gagné postérieurement jusqu'à l'épine de l'omoplate; pouls 104, très mou, battemens du cœur très faibles, chaleur médiocre, accablement; (pot. avec émét. 4 décigram.). Le 23 il n'y a eu aucun effet primitif; 32 respirations, 96 pulsations, le pouls est toujours mou, chaleur vive, la peau moins sèche, crachats très visqueux, aérés, mais jaunâtres ; le point de côté a beaucoup diminué. Au-dessous du mamelon, il n'y a que de la crépitation rare, latéralement, et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, souffle bronchique très rude, mêlé partout de la crépitation fine, (4 décigrammes d'émétique, vésicatoire de 18 centimètres.)

Le 24, même crépitation, point de côté presque nul, les phénomènes d'auscultation sont les mêmes qu'hier, 40 respirations, 96 pulsations très faibles, insomnie, faiblesse très grande; le malade ayant voulu se rendre au bassin est tombé, la tolérance

continue (même potion). Le 25, mêmes crachats, état stationnaire des phénomènes d'auscultation; 96 pulsations, 36 respirations, 1 vomissement, 8 selles, dont plusieurs ont eu lieu involontairement dans le lit; le malade a déliré cette nuit; ce matin, il répond exactement, le facies est un peu altéré, le point de côté a cessé; décubitus dorsal, expression d'une grande faiblesse, le vésicatoire est presque sec (même potion). Les 26 et 27, 36 respirations; pouls à 96, très mou et dépressible; chaleur vive, sèche, délirium continuel; cependant le malade répond exactement à ce qu'on lui demande; céphalalgie frontale, langue sèche, tolérance complète, même état de l'auscultation, sous la clavicule droite et dans l'étendue de 4 travers de doigts, crépitation humide et grosse (même prescription).

Le 27, le facies est pâle, altéré, les yeux abattus, chassieux; le malade divague, il parle sans cesse, ses propos sont incohérens, ne répond pas quand on l'interroge, il montre sa langue quand on la lui demande; elle est sèche, luisante; la soif est vive, il a bu 6 pots; ventre souple, 2 selles involontaires, quelques soubresauts des tendons, prostration, apparence d'une grande faiblesse, le malade ne s'aide pas quand on le met à son séant, crachats filans, visqueux, d'un gris sale difficilement rendus, même état de l'auscultation. (La dose de l'émétique est portée à 8 décigrammes; 2 vésicatoires aux cuisses). Le 29, l'état général est plus grave qu'hier; le malade est habituellement assoupi, les lèvres, les dents, la langue sont fuligineuses, la vessie est distendue par l'urine, je suis obligé de le sonder. Le pouls à 108 est excessivement petit et dépressible mais régulier; la face est d'une pâleur livide, il y a des soubresauts, la chaleur est âcre. On prescrit au malade une potion gommeuse avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina; on continue la potion stibiée, mais on recommande d'alterner avec celle qui contient le quinquina et de mettre entre l'un et l'autre une intervalle d'une heure au moins. Dès le soir le malade est moins assoupi, il répond en partie à quelques unes de mes questions; on lui donne 96 grammes de vin de Bordeaux. Le 1er mai il y a eu 4 à 5 selles, liquides, involontaires; la vessie n'est plus distendue, la langue est toujours sèche, noire, dure, fendillée à sa surface, les dents et les lèvres sont encroutées; pouls 100, dépressible, mêmes soubresauts; le malade répond à quelques questions, il parle moins, même

hébétude, même prostration; l'auscultation faite rapidement ne laisse plus entendre de bruit morbide en arrière, il n'y a partout qu'absence de bruit respiratoire avec matité, parfois rhuncus sonore, disséminé. On supprime la potion stibiée, et on prescrit 4 grammes d'extrait de kina, à prendre dans la journée avec quelques cuillerées de bouillon ; le soir 4 autres grammes de kina sont prescrits avec 96 grammes de vin de Bordeaux. Les 2 et 3 l'état cesse de s'aggraver, il reste stationnaire ; on continue le même traitement ; le 4 le facies est beaucoup moins altéré, la nuit a été paisible, le malade a dormi tranquillement le matin, il répond exactement à toutes les questions et n'a aucun souvenir de ce qui a eu lieu depuis 4 à 5 jours, la langue moins sèche est collante à la pointe ; ventre souple, 3 selles et urines toujours involontaires, il n'y a plus de soubresauts, la prostration est moins grande, chaleur vive, sèche, pouls à 100, crachats opaques; dans tous les points occupés par la pneumonie, on n'entend aucun bruit naturel ou morbide (même prescription et bouillon). Peu de changement jusqu'au 9; à cette époque les selles cessent d'être involontaires, la langue est humide, il n'a pas de soif, appétit; pouls 80, petit, mais moins dépressible, intelligence parfaite, mouvemens assez libres, les symptômes cérébraux ont tout à fait cessé, (même potion;1 petit potage). Le 12, pouls à 72, facies naturel, chaleur douce, halitueuse, pas de selles, urines volontaires, appétit. Le 13 on donne le demi-quart; le 14 le malade commence à se lever, il est très faible, et a besoin d'un bras pour l'aider à marcher ; dans tous les points que la pneumonie a occupés, le son est obscur, il y a absence de respiration, parfois on entend çà et là quelques bulles de crépitation humide et grosse, et un peu de râle sibilant, la voix ne retentit pas, les forces reviennent lentement. Le malade ne quitte l'hôpital que le 6 juin, la convalescence n'a été entravée par aucun accident, la maigreur qui avait été considérable a presque cessé; le malade se sent assez fort pour pouvoir travailler, il tousse encore un peu, rejette quelques crachats opaques, l'expansion pulmonaire est parfaite dans tous les points de la poitrine, excepté dans le quart inférieur postérieur droit, où le bruit respiratoire est encore faible, et mêlé à quelques bulles de râle sous-crépitant; la sonoréité y est aussi moins parfaite que du côté opposé.

On vient de voir dans l'observation précédente, des accidens typhoïdes graves succéder à un état inflammatoire, auquel on avait opposé, dès le début, un traitement antiphlogistique, et ce fut lorsque l'impuissance de celui-ci fut bien démontrée, qu'on essaya les contre-stimulans avec tout aussi peu de succès. Enfin, les symptômes typhoïdes devinrent de plus en plus marqués, et menacèrent d'emporter le malade, la faiblesse était extrême, les fonctions cérébrales étaient perverties, il fallut alors oublier, pour le moment, la nature et le siége de l'affection première, pour ne songer qu'à remplir l'indication vitale, c'est-à-dire, s'occuper de ramener au plus tôt le principe de la vie qui était sur le point de s'éteindre : le vin, le quinquina, qu'on administra remplirent complétement le but qu'on s'était proposé. Ce fait indique la règle de conduite à suivre ; en pareille circonstance, il ne faudrait pas hésiter à donner du vin et surtout le quinquina, ce dernier médicament a souvent rappelé à la vie des pneumoniques dont l'état était désespéré. C'est ce dont on peut se convaincre en consultant la pratique des auteurs anciens ; je dois dire pourtant que ces médecins abusaient trop souvent des toniques, et que trompés par une fausse adynamie, ils administraient le vin et le kina, dans des cas où ils auraient dû peut-être saigner largement. Mais on a vu quelquefois, sous l'influence de certaines constitutions médicales ou dans quelques épidémies, toutes les pneumonies s'aggraver par les émissions sanguines, et exiger presque dès leur début l'emploi d'un traitement tonique ; c'est ce que Laënnec a souvent observé dans l'épidémie de 1814 ; on en trouvera aussi de nombreux exemples dans l'ancien journal de médecine. Enfin, il paraît que ce fait s'est reproduit fréquemment en Allemagne, à la fin du dernier siècle, et c'est peut-être à cette constitution médicale, que le système de Brown a dû une partie de sa vogue dans ce pays.

Dans les hospices de vieillards, on a de fréquentes occasions de reconnaître l'heureuse influence des toniques, pour combattre les symptômes adynamiques qui compliquent souvent les pneumonies des personnes âgées. Suivant MM. Hourmann et Dechambre, il serait souvent utile chez les viellards d'employer, concurremment avec les émissions sanguines, les toniques légers ou même quelques stimulans diffusibles, tels que le malaga et les

potions camphrées, médicamens qui soutiennent les forces, sans nuire aux effets des saignées auxquelles ils permettent ainsi de revenir (1).

Pour combattre l'état adynamique je n'ai parlé que du vin et du quinquina, ce sont en effet, le second surtout, les substances sur lesquelles il faut le plus se fier; cependant on pourra donner aussi dans le même but, le polygala, les sels ammoniacaux, les cordiaux aromatiques, tels que la mélisse, l'angélique, la canelle, etc.

Dans le fait que j'ai rapporté en dernier lieu, on a vu des symptômes ataxiques graves (délire, soubresauts des tendons) coexister avec l'état adynamique ; cependant on n'a dirigé contre eux aucune méditation spéciale, pour ne s'occuper que de l'adymanie; c'est en effet de cette manière qu'il convient d'agir dans les cas semblables. Toutes les fois que l'ataxie est accompagnée de symptômes adynamiques, ceux-ci *seuls* révèlent le traitement à suivre, et réclament l'emploi des toniques. Si au contraire l'état ataxique existe avec des symptômes franchement inflammatoires, les saignées générales et locales sont indiquées. Enfin, lorsque l'ataxie est le phénomène prédominant, lorsque les autres symptômes concomitans ne se rapportent franchement, ni à un état adynamique, ni à un état inflammatoire bien prononcé, il faudrait alors tenter l'emploi du musc à haute dose, en suivant les règles que j'ai déjà tracées.

J'ai rapporté précédemment deux observations de pneumonies bilieuses, qui s'accompagnaient en même temps d'un état typhoïde commençant, lequel s'était aggravé une fois sous l'influence de saignées immodérées. Lorsque des faits pareils se présentent dans la pratique, l'état gastrique ou bilieux révèle quel est le caractère du mal, et le mode de traitement qu'il faut adopter. Dans ce cas, en effet, l'état adynamique n'est souvent qu'accessoire ; il est sous la dépendance de l'état bilieux, il se dissipe par les moyens qu'on dirige contre celui-ci, ou s'il persiste, il est peut-être alors plus facilement attaquable par les toniques.

(1) *Arch.*, 1re série, t. XII, p. 189.

## § III. Traitement des pneumonies intermittentes et remittentes.

Dans les cas où la pneumonie se montrant avec des symptômes franchement intermittens, présenterait une apyrexie plus ou moins longue, nul doute qu'en administrant d'emblée le sulfate de quinine, on ne parvînt à prévenir ou à modérer l'accès qui doit suivre. Mais, si la fièvre est rémittente, si, par suite de la reproduction des accès, le poumon est le siége d'une altération déjà profonde, convient-il de diriger contre elle un traitement antiphlogistique, avant de songer à l'emploi des antipériodiques ? Si on consulte quelle était sur ce point la pratique des médecins les plus célèbres du dernier siècle, on voit que la plupart conseillent de faire des saignées plus ou moins copieuses, avant l'administration du quinquina. Ainsi, Strack (1), Morton (2), Sénac (3), Lautter (4), Jean-Pierre Frank (5), faisaient généralement à leurs malades une ou deux saignées du bras, avant de leur donner le quinquina. J. Frank croit que par cette pratique, l'écorce du Pérou agit plus sûrement contre la maladie (6) ; Michel Sarcone (7) a aussi prétendu que l'unique salut des malades était placé dans les amples saignées, pratiquées dans la vigueur du paroxysme, afin de disposer l'économie à recevoir sans trouble le remède antipériodique. Les médecins modernes ont généralement adopté cette pratique. Ainsi, dans l'épidémie du canton d'Aubin, le docteur Grifoulière employait, dès le début, une ou plusieurs évacuations sanguines, en général modérées, attendu que les malades supportaient mal les saignées très copieuses ; en les faisant, M. Grifoulière se proposait de combattre la phlegmasie locale, et tâchait d'obtenir par là un peu de rémission ; il avoue pourtant que quelques malades guérirent sans perdre de sang (8).

(1) *Obs. med. de febr. int.* Ticini, 1792.

(2) *Oper. med.* V. I. Cap. XI. p. 95. Hist. XXI.

(3) *De recondita feb. int. et remit.* cap. 15. p. 595. Genève, 1769.

(4) *Hist. med. morb.*, 196.

(5) *Interp. clin. obs.* Tubingue, 1812.

(6) *Praxeos medicæ*, Vol. 2. par 2., p. 396.

(7) *Maladies de Naples.*, t. I, p. 208.

(8) *Thèse de* 1832, n° 94.

N'ayant recueilli aucune série de faits de pneumonies intermittentes, je devrais peut-être m'abstenir de donner ici une opinion ; cependant en ayant égard à la marche de la maladie et en se rappelant la ligne de conduite qu'on a adoptée comme la meilleure dans les autres fièvres pernicieuses, je dirai que l'administration du fébrifuge me semble l'indication principale, celle qui doit dominer toutes les autres. Il faut se rappeler en effet, que l'altération des poumons est souvent en rapport avec le nombre et la durée des accès fébriles ou des paroxysmes ; c'est donc à les faire cesser, à les éloigner ou à les rendre moins longs, que doivent tendre tous les efforts du praticien. Il faut donc administrer de suite, même pendant la durée de l'accès, le sulfate de quinine à la dose de 12, 18, 20 ou 30 décigrammes, que l'on administrera par la bouche et en lavemens. Je crois que si les auteurs, et M. Grifoulière en particulier, avaient administré le sulfate de quinine plus hardiment qu'ils n'ont fait, si, trop préoccupés des souffrances de l'estomac, ils avaient administré plus souvent le médicament par la bouche, au lieu de le donner en lavemens, je suis convaincu que leurs succès auraient été plus prompts et plus nombreux. Si l'on est assez heureux pour faire cesser l'élément intermittent, il pourra rester encore un mouvement fébrile continu, entretenu par l'altération inflammatoire du poumon, et proportionné à son étendue et à son degré, on dirigera alors vers elle la médication antiphlogistique ou contre-stimulante, suivant l'état du pouls et des forces, ainsi que la constitution régnante.

Cependant, les évacuations sanguines générales et locales me paraissent être indiquées concurremment avec l'emploi du sulfate de quinine, lorsque les malades éprouvent pendant l'accès une grande oppression, lorsque la douleur de côté est vive et que la réaction fébrile est portée à un très haut degré d'intensité. Laënnec a donné le même conseil ; il dit en effet, que si le médecin est appelé au milieu d'un accès, il peut être nécessaire de tirer du sang, afin d'éviter une suffocation imminente, mais il faut prendre garde de passer le but et d'abattre en pure perte les forces du malade. Il ne faut pas perdre de vue, dit Laënnec, que la saignée ne peut guérir une maladie dont la cause reprendra, malgré elle, une activité nouvelle au bout de quelques heures, et que l'expérience a décidé depuis longtemps, que le

quinquina est le seul remède efficace contre cette affection (1). Cependant toute pneumonie qui surviendra dans le cours ou à la suite d'une fièvre intermittente, ne devra pas être traitée nécessairement par le sulfate de quinine, comme je l'ai entendu dire, mais ce sera une raison pour rechercher avec le plus grand soin, s'il n'y pas un élément intermittent qui nécessiterait l'emploi des antipériodiques.

Je ne m'étendrai pas sur le traitement des pneumonies grippales, car on peut leur appliquer tout ce que je viens de dire des pneumonies typhoïdes. La dernière épidémie de 1837 a prouvé que la forme adynamique avait été fréquente, et on peut lire, dans le mémoire de M. Nonat, les bons effets qu'on a obtenus de l'emploi des toniques. D'ailleurs, à part ces cas, le traitement des pneumonies grippales n'a pas été sensiblement différent de celui des pneumonies ordinaires; il fallait seulement éviter d'insister autant sur les émissions sanguines, qui étaient plus mal supportées, et recourir plus promptement aux préparations antimoniales.

Je n'ai rien à indiquer de bien particulier sur le traitement des autres formes de pneumonie que nous avons admises précédemment. Je dirai pourtant que les pneumonies traumatiques qui succèdent à la présence d'un corps vulnérant, peuvent devenir la cause d'une indication nouvelle, lorsque, par exemple, le corps étranger tend à s'échapper, au moyen d'un abcès, à travers les parois thoraciques ; il importe, dans ces cas, de surveiller attentivement le malade, et de donner issue à la suppuration, dès que la fluctuation est distinctement perçue.

## ARTICLE X.

### Traitement des phénomènes consécutifs.

Je n'ai point à m'occuper des phénomènes consécutifs qui sont communs à toutes les maladies aiguës graves, telles que l'œdème des extrémités, la débilité d'une fonction isolée ou de tout l'organisme. Je ne dois parler ici que de ce qui est spécial à la maladie dont je traite.

Nous avons remarqué précédemment, qu'il n'était pas rare de

(1) *Auscul.*, t. I, p. 596.

voir la douleur de côté persister opiniâtrement pendant la convalescence, ou bien se réveiller assez vive après la guérison apparente de la maladie, et lorsque déjà les malades avaient quitté l'hôpital. On a conseillé, dans ces cas, les emplâtres opiacés ou recouverts d'huile de jusquiame, ou d'onguent de guimauve et de camphre (J. Frank). Mais ces moyens me paraissent impuissans dans le plus grand nombre des cas, et pour peu que la douleur soit vive, il faut recourir à l'application d'une ou plusieurs ventouses scarifiées; si ce premier moyen échoue, on mettra sur le siége de la douleur un vésicatoire, dont on entretiendra la suppuration pendant plusieurs jours, et qu'on pourra panser avec 1 ou 2 centigrammes de sel de morphine. Jusqu'à présent, je n'ai pas vu la douleur résister à cet ensemble de moyens.

J'ai vu quelques médecins être très préoccupés des phénomènes d'auscultation qui persistaient longtemps après la guérison apparente de la maladie. Il en est qui promènent plusieurs fois des vésicatoires volans sur la poitrine; j'en ai vu d'autres recourir à des exutoires plus énergiques, dans le but d'accélérer la résolution de l'engorgement pulmonaire; mais ces moyens me semblent être pour le moins inutiles. Lorsqu'on voit l'appétit et les forces revenir, la toux cesser, les individus reprendre les apparences d'une santé parfaite, il ne faut nullement se préoccuper d'un peu de faiblesse du bruit respiratoire, ou d'une expiration prolongée, ou d'un peu de râle sous-crépitant, ou bien encore d'un léger retentissement de la voix, qui persistent dans les points du poumon que la pneumonie a envahis. Les vésicatoires que j'ai vu appliquer dans ces cas, des purgatifs répétés que j'ai donnés moi-même, ne m'ont paru avoir aucun effet évident pour rendre au poumon sa perméabilité. Il n'en serait plus de même si les phénomènes d'auscultation s'accompagnaient d'amaigrissement, de fièvre hectique et de sueurs nocturnes. Mais dans ces cas on devrait soupçonner la présence de tubercules, et il n'est pas prouvé que des exutoires sur la poitrine fussent alors d'un grand avantage; peut-être devrait-on espérer davantage du régime et des autres moyens hygiéniques qui peuvent en effet enrayer ou suspendre quelquefois la marche d'une phthisie commençante.

Lorsque le malade éprouve une rechute, il faudra revenir de

nouveau à un traitement plus ou moins actif ; on donnera toujours la préférence à celui qui a réussi une première fois ; mais il faut se rappeler que le plus souvent on ne peut pas employer le traitement débilitant avec la même énergie et la même persistance que pour la première attaque. Chez un tiers environ des individus qui ont éprouvé une rechute, il a suffi de prescrire la diète, l'usage des boissons pectorales et un laxatif doux, pour voir cesser en peu de jours les accidens inflammatoires ; il sera prudent d'en agir ainsi toutes les fois que les symptômes ne présenteront aucune gravité, et lorsque surtout l'appareil fébrile sera peu considérable.

## ARTICLE XI.

### Traitement des pneumonies consécutives.

Le traitement des pneumonies consécutives est l'un des points les plus difficiles de la médecine pratique. Si on se rappelle les maladies diverses que la pneumonie vient compliquer, les conditions humorales et dynamiques, dans lesquelles se trouvent les individus qu'elle affecte, on concevra combien la conduite du médecin est difficile à tracer. Dans ces cas, en effet, où des indications opposées se présentent si souvent, le médecin a besoin d'un tact très exercé pour pouvoir apprécier la valeur relative des indications contraires, pour déterminer quelles sont celles qui sont le plus urgentes, afin d'y obéir dans de justes limites, de manière à ce que les moyens thérapeutiques qu'on emploie, soient utiles à l'un des états morbides sans nuire beaucoup à l'autre, ou du moins pour que les inconvéniens qu'ils peuvent avoir sous un rapport, soient compensés de l'autre par des avantages beaucoup plus grands. En voyant toutes ces difficultés, dont on ne peut d'ailleurs se faire une juste idée qu'après les avoir éprouvées soi-même, le lecteur comprendra que je ne puisse espérer de lui tracer des règles un peu précises pour la conduite à tenir dans les cas dont je parle. Je vais donc lui exposer seulement tout ce que l'étude des faits a pu m'apprendre, laissant à de plus expérimentés le soin de compléter un tableau que je ne puis moi-même qu'esquisser.

Je n'ai point à m'occuper ici de ces pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies bénignes, je ne dirai rien

non plus de celles qui affectent des individus déjà atteints d'une maladie aiguë franchement inflammatoire, et dont les forces ne sont point encore prostrées ; car dans le premier cas la pneumonie diffère à peine de celles qui sont primitives, et, dans le second, le même traitement combattra avec un égal succès la maladie première et la pneumonie. On devra seulement insister peut-être davantage sur les antiphlogistiques, en ayant égard toutefois à toutes les circonstances que j'ai indiquées précédemment, comme devant modifier le traitement des pneumonies. Je ne dois m'occuper dans cet article, que de ces pneumonies consécutives, les seules d'ailleurs que j'ai étudiées dans cet ouvrage, et qui, survenant dans un état déjà grave de l'économie, doivent modifier le traitement comme nous les avons vues précédemment modifier le pronostic et la physionomie symptômatique.

Dans les pneumonies consécutives dont je parle ici, rappelons-nous qu'il existe généralement deux conditions organiques prédominantes, savoir: dans beaucoup de cas, une altération profonde dans la composition des liquides, dans d'autres, c'est une atteinte à la vitalité au principe dynamique, à cette force occulte, mais si manifeste par ses effets, qui seule résiste aux agens destructeurs qui nous assiégent de toutes parts. Nous savons que lorsqu'une phlegmasie grave des poumons survient dans ces circonstances, elle a pour résultat constant d'aggraver l'état préexistant, et comme effet ordinaire, le développement des symptômes adynamiques et ataxiques qui, comme nous le savons déjà, exigent une thérapeutique spéciale. Ce sont ces accidens nouveaux qu'il faut prévoir, ou que du moins on devra prendre garde d'aggraver par un traitement intempestif.

C'est dans ce but qu'il convient employer avec plus de réserve et de circonspection les moyens débilitans, et surtout les émissions sanguines. Le simple bon sens à défaut de connaissances pratiques, nous dit en effet, que nous ne devrons pas saigner de la même manière un individu vigoureux et un sujet épuisé par une maladie déjà ancienne. Je ne chercherai pas à justifier cette opinion, car c'est une de ces vérités qui n'ont pas besoin de démonstration, et qui ne peut être contestée que par quelques-uns de ces empiriques peu perfectibles par nature, et auxquels mon livre ne saurait s'adresser.

Quelle que soit l'affection première que la pneumonie vient

compliquer, je ne défends pas d'une manière absolue une médecine agissante; mais je veux que l'énergie avec laquelle celle-ci sera employée soit en rapport, non-seulement avec l'état actuel des forces et avec la nature de la maladie première, mais encore avec la durée que celle-ci doit avoir ; car il ne faudrait pas, sous prétexte de guérir la pneumonie, employer un traitement si énergique, que vous enlèveriez ensuite à l'organisme trop affaibli la possibilité de conduire à bonne fin l'affection préexistante.

Parmi les moyens thérapeutiques qu'on peut opposer avec plus ou moins de succès aux pneumonies, il faut choisir ceux qui affaiblissent le moins et qui soulagent le plus vite. A ce double titre on peut dire, d'une manière générale, que les préparations antimoniales seront plus appropriées à la maladie que les saignées générales. Mais remarquez bien que je ne proscris pas tout à fait la saignée; je prétends seulement en restreindre l'usage à quelques cas particuliers, et je veux avant tout, qu'on ne l'emploie jamais qu'avec la plus grande modération. Entrons à ce sujet dans quelques détails.

Supposons qu'une pneumonie affecte un individu atteint déjà de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, etc.; si la phlegmasie intercurrente survient dans la première période des maladies que je viens de nommer, avant que les forces aient été prostrées, si le pouls offre de la résistance et un certain volume, il faut sans hésiter recourir à la saignée générale et locale, mais il faut prendre garde ici de s'en laisser imposer par l'appareil inflammatoire, et de trop insister sur le traitement antiphlogistique, car il arrive fréquemment, que, du jour au lendemain, l'adynamie succède à l'état inflammatoire; c'est ce que j'ai vu entre autres, sur deux rubeoleux chez lesquels une saignée de 500 grammes fut suivie d'un état de collapsus, dont les malades ne purent se relever. La prudence exige donc qu'on ne fasse que des saignées modérées, c'est-à-dire entre 312 et 375 gramm. (10 à 12 onces), et qu'on n'en pratique de nouvelle qu'autant que la première aura été tolérée. Dès que le pouls aura perdu sa dureté, il faudra recourir sans délai à l'emploi de la méthode contre-stimulante. Au contraire, lorsque, dès le début de la pneumonie, le pouls est petit et faible, lorsque les symptômes d'adynamie sont déjà marqués, il me paraît imprudent de recourir aux émissions sanguines, même locales; six individus

atteints de fièvre typhoïde, que j'ai vu saigner dans ces conditions, ont tous succombé rapidement, et la perte de sang a eu certainement pour résultat d'accélérer le terme fatal. Ce que je viens de dire est applicable à toutes les pneumonies consécutives ; cependant, pour être moins incomplet, je vais rechercher si le traitement ne présente pas quelque chose de spécial, suivant la nature de la maladie primitive.

C'est lorsque la pneumonie survient à une période avancée d'une fièvre typhoïde, que les praticiens se trouvent dans le plus grand embarras, car ils ont alors un état général qui réclame une médication tonique, et une affection locale à laquelle ils croient ne pouvoir opposer que les antiphlogistiques et les débilitans. Dans ces cas, la plupart des médecins, même les plus habiles, se croient presque obligés à saigner, et ne mettraient-ils qu'une ventouse ou deux sangsues, du moment qu'ils ont tiré quelques *grammes* de sang, ils semblent avoir rempli un devoir, et leur conscience est tranquille. Certes, je n'ai pas par devers moi une expérience suffisante pour oser déverser un blâme quelconque sur une pareille conduite, mais tout ce que je puis dire, c'est que je ne l'ai jamais vue couronnée de succès, et je crois qu'il faudrait suivre désormais un autre mode de traitement. Voici ce que j'ai fait chez 3 malades que j'ai traités moi-même.

La pneumonie étant survenue à une période avancée de l'affection typhoïde, la prostration était grande ; il existait des phénomènes nerveux, tels que délire (deux fois), soubresauts des tendons (une fois), le pouls était fréquent (116 à 120), petit, dépressible, cependant, sans encourager à la saignée, il ne semblait pas l'exclure tout à fait, et je suis convaincu que les dix-neuf vingtièmes des médecins auraient, dans ce cas, pratiqué au moins une saignée générale ou locale, et couvert le thorax d'un large vésicatoire. Peu satisfait de ce que j'avais vu jusqu'alors, j'ai suivi une autre marche; je considérai la pneumonie comme une lésion secondaire qui devait aggraver le pronostic, sans modifier le traitement ; je m'occupai donc uniquement de l'état général, sans me préoccuper de la complication ; je continuai les purgatifs et les toniques ; j'augmentai la dose de ces derniers à mesure que la prostration faisait de nouveaux progrès, et je fus assez heureux pour voir deux des malades se rétablir.

Je ne prétends rien conclure d'absolu d'un si petit nombre

de faits ; cependant, ils ne devront pas être perdus pour notre instruction ; car ils démontrent qu'il peut y avoir quelquefois avantage à négliger l'altération locale pour ne s'occuper que de l'état général. D'ailleurs, ce fait ne nous doit point surprendre, puisque nous avons vu précédemment, que même dans les pneumonies primitives qui revêtent la forme typhoïde, il y a souvent intérêt à agir de même.

Dans les cas où la force du pouls permettrait encore de recourir aux émissions sanguines, il y aurait peut-être intérêt à leur préférer les préparations antimoniales, toutefois j'émets cette opinion avec doute, attendu que je n'ai aucun fait pour la justifier. Ce que je dis prouve que je ne partage pas les préventions de quelques médecins habiles, et entre autres, celles de M. le professeur Forget de Strasbourg, qui regarde les antimoniaux et notamment le kermès et le soufre doré d'antimoine comme contre-indiqués dans les pneumonies qui compliquent les fièvres graves, à cause de la diarrhée, des nausées et des autres accidens gastriques qui pourraient être exaspérés (1). Mais les avantages qu'on retire de la méthode évacuante dans le traitement des fièvres graves, doit, je pense, nous rassurer sur les dangers qu'on attribue à l'administration des antimoniaux.

Ce que je viens de dire du traitement des pneumonies consécutives aux maladies aiguës, s'applique aussi à celles qui se déclarent dans le cours des affections chroniques. Il faut encore ici être presque toujours sobre de saignées, souvent même il faut s'en abstenir tout à fait, pour recourir à l'emploi des médicamens contre-stimulans. C'est peut-être ce qu'il conviendrait de faire généralement, dans les pneumonies consécutives à la maladie de Bright, puisque les 5 malades que j'ai vus traités par la saignée et les vésicatoires, sont morts. J'administrai à un autre l'émétique à haute dose, sans saignées préalables, mais la maladie se termina également d'une manière funeste; toutefois, dans ce cas, je ne vis pas se développer au même degré les symptômes typhoïdes et ataxiques que je notai chez les autres ; la mort fut moins rapide, et il y eut momentanément une amélioration qui m'avait d'abord donné quelque espoir. M. Rayer, qui est un si bon juge en pareille matière, dit aussi que des émissions sanguines ne sont guère utiles, et que dans les cas dont je parle,

(1) *Traité de l'entérite folliculeuse*, Paris, 1841, p. 838.

on ne peut espérer que dans l'emploi des antimoniaux (1).

Quant à la pneumonie qui affecte les sujets tuberculeux, je ne dirai rien de celle qui survient à une période très avancée, car la complication a été méconnue ou bien on n'a fait aucun traitement; mais je veux dire un mot seulement de ces pneumonies qui surviennent chez des phthisiques qui ne sont encore parvenus qu'au premier ou au deuxième degré, et dont j'ai recueilli dix observations. La moitié fut traitée par les antiphlogistiques et les révulsifs; chez l'autre moitié on employa les émissions sanguines avec plus de modération, car on ne fit qu'une saignée générale ou locale, et on eut recours aussitôt aux préparations antimoniales qui produisirent un soulagement rapide. La convalescence commença trois jours avant ceux du premier groupe, quoique la maladie fût généralement plus grave chez eux, et les forces se rétablirent aussi beaucoup plus vite. Je n'observai pas de diarrhée consécutive. Dans le traitement des pneumonies des phthisiques nous devons encore rappeler, que lorsque les intestins participent à l'affection tuberculeuse, ce qu'on doit soupçonner, lorsqu'une diarrhée existe depuis longtemps, il est prudent de ne pas donner l'émétique, il faut plutôt lui préférer le kermès ou l'oxide blanc, puisque M. Trousseau a vu des accidens graves résulter de l'emploi du tartre stibié chez des individus qui étaient affectés de diarrhée chronique. Mais je pense qu'on ne doit pas hésiter à donner l'émétique lorsque rien encore n'indique quelque lésion grave du côté des organes digestifs.

Le traitement des pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies organiques du cœur diffère à peine du traitement des pneumonies ordinaires, c'est ce que j'ai eu occasion d'observer sur six individus; toutefois je ne prétends parler ici que des cas dans lesquels la maladie du cœur n'est pas encore très avancée, car lorsque les sujets sont infiltrés, ascitiques, très essoufflés nous avons vu que tout traitement devenait à peu près inutile, car il succombaient presque tous. Je dois pourtant à ce sujet examiner la valeur d'une pratique adoptée par Laënnec. On sait que ce grand médecin ne faisait guère qu'une saignée de 250 à 500 grammes avant d'administrer l'émétique; cependant lorsque les malades étaient attaqués de maladies du cœur, il faisait réitérer la saignée (2). Je ne suis pas encore convaincu de

(1) *Traité des Mal. des reins*, Paris, 1840, t. II, p. 293.

(2) T. I, p. 609.

la nécessité qu'il y a à être plus prodigue de la saignée, dans les cas de maladies organiques du cœur, que chez les sujets bien portans, toutefois je dois convenir que de tous les individus atteints de maladies chroniques, ceux qui ont une affection du cœur, sont ceux qui peuvent le mieux supporter les émissions sanguines, mais il faut prendre garde de passer de justes limites et de trop insister sur ce moyen : le pouls, qui ordinairement nous dirige sur le moment le plus opportun pour administrer l'émétique, pourrait nous induire en erreur dans le cas dont je parle, car il arrive que, dans beaucoup d'hypertrophies du cœur, le pouls conserve de la dureté, de la résistance, même pendant l'agonie; il faut donc, pour déterminer si on a retiré une suffisante quantité de sang, avoir moins d'égard aux qualités du pouls qu'à l'état général du sujet, à ses forces, à l'influence exercée par les premières pertes de sang.

En résumé, on voit que le traitement des pneumonies consécutives, repose sur les mêmes principes que celui des pneumonies primitives. Comme pour ces dernières les saignées peuvent être utiles, mais instruit de la tendance qu'a la phlegmonie des poumons à se compliquer d'accidens adynamiques, on devra être plus sobre dans les émissions saiguines ; on devra en modérer l'emploi et les remplacer le plus tôt possible par les antimoniaux si nulle complication n'en contre-indique l'usage. Les moyens adjuvans et hygiéniques seront les mêmes que pour les pneumonies primitives ; je ne dirai rien de l'usage du vésicatoire qui me paraît avoir tout aussi peu d'effets dans les cas de pneumonies consécutives que dans celles qui sont primitives.

D'après ce qui précède, on a vu que je ne conseille aucune méthode exclusive, et que le choix du mode de traitement devra être déterminé d'après l'état des forces et du pouls, ainsi que d'après la nature de la maladie primitive. Les saignées sont utiles sans contredit dans quelques cas, mais leur utilité m'a paru encore plus restreinte que pour les pneumonies primitives. Les préparations antimoniales ont eu, au contraire, un effet plus rapide et plus certain. Je pense qu'on pourra guérir un plus grand nombre de pneumonies secondaires, lorsqu'on osera appliquer généralement à ces derniers la méthode contre-stimulante, et lorsqu'on ne fera de saignée qu'autant que celle-ci sera formelle-

ment exigée. Il faut que l'état du pouls et des forces indique la saignée comme *nécessaire* pour qu'on se décide à la faire ; si la saignée n'est que *possible*, on devra s'en abstenir. Ce que je viens de dire est non-seulement vrai pour l'adulte et le vieillard, mais il l'est encore à plus forte raison pour les enfans. Il résulte en effet d'un travail de M. le docteur Becquerel (1), que les émissions sanguines, employées d'ailleurs assez modérément, dans les pneumonies secondaires du jeune âge, eurent pour résultat de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale de la maladie. MM. Rilliet et Barthez sont arrivés aux mêmes résultats (2). Ils regardent l'emploi des saignées dans les pneumonies compliquées de l'enfance, comme n'empêchant presque jamais la terminaison fatale ; leur influence leur a paru également nulle sur la marche de la maladie. Aussi MM. Rilliet et Barthez proscrivent l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des pneumonies secondaires de l'enfance, et ils leur préfèrent le tartre stibié avec lequel ils ont obtenu des succès que les saignées n'avaient pu leur donner. Dans les cas où quelque lésion intestinale contre-indique l'emploi de l'émétique, on peut remplacer avantageusement cette préparation par le kermès.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de ces pneumonies qui surviennent dans le cours d'une maladie grave, mais curable, ou de celles qui viennent compliquer une affection incurable, mais assez peu avancée pour permettre au malade de vivre encore quelque temps. Mais quel traitement opposer à ces pneumonies qui se déclarent dans la dernière période des maladies aiguës et chroniques, lorsque déjà on a perdu tout espoir de conserver les malades, et qui semblent se déclarer ici pour abréger des souffrances qu'on ne peut soulager. Je crois qu'en pareille circonstance, on ne doit employer aucun moyen actif, de peur d'accélérer le moment fatal, ni aucun remède douloureux afin de pas ajouter aux angoisses des derniers instans. Dans ces circonstances si pénibles pour nous, où notre art devenu inutile, ne peut pas même soulager, nous devons nous abstenir, et notre seul devoir consiste à respecter l'agonie des malades ; on peut bien alors ordonner des remèdes insignifians

(1) *Arch. de méd.*, 3e série, t. IV.

(2) *Loc. cit. p.* 128 et 145.

pour calmer le moral du patient, et pour la satisfaction de ceux qui l'entourent; mais il faudra toujours s'abstenir des moyens douloureux, et ne pas se faire l'instrument aveugle de ces amis peu éclairés, qui dans un but louable d'ailleurs, veulent qu'on applique à des moribonds les remèdes les plus violens. Un médecin probe n'obéira jamais à de pareilles exigences.

## ARTICLE XII.

### Conclusion générale sur le traitement de la pneumonie et sur la mortalité.

D'après les nombreux détails dans lesquels je viens d'entrer, le lecteur a pu se convaincre, que le traitement de la pneumonie variait suivant une foule de circonstances individuelles et extérieures, qu'il n'y avait aucune méthode qui fût applicable à tous les cas, et qu'on ne pouvait déterminer d'avance, ni le choix du remède, ni surtout les limites dans lesquelles on devait l'employer. Nous nous sommes convaincus, que quoique l'altération matérielle qui constitue la pneumonie anatomiquement, fût toujours identiquement la même, cependant la physionomie extérieure ou symptômatique de la maladie, pouvait être très différente, et devenir secondairement la source d'indications positives, auxquelles un médecin habile devait se hâter d'obéir. Nous avons prouvé que quelquefois, surtout sous l'influence de certaines constitutions médicales ou dans les temps d'épidémies, l'homme de l'art devait moins se préoccuper de la nature inflammatoire de la maladie, qui semble réclamer l'emploi des antiphlogistiques, que de certains phénomènes sympathiques du côté des organes digestifs, ou du système nerveux, qui impriment à la maladie un cachet particulier, je dirai presque une autre nature, réclamant une médication spéciale, et ce n'est qu'en combattant l'élément nouveau, accessoire, mais qui prédomine alors, qu'on parvient à conduire la maladie vers une heureuse solution. C'est ce que nous avons remarqué en particulier, pour les pneumonies bilieuses et typhoïdes; et l'on a vu une nouvelle preuve de la nécessité qu'il y a, en médecine pratique, de ne pas considérer comme identiques, et de traiter toujours par les mêmes moyens, des maladies, dans lesquelles les seules altérations visibles sont des lésions semblables sous le rapport anatomique. C'est l'état général qui doit être la source des principales indications, et c'est

d'après cette considération surtout, que peut être déterminée l'opportunité des remèdes.

La saignée et les préparations antimoniales sont les agens thérapeutiques qui conviennent à la plupart des cas de pneumonie que nous observons, quels que soient l'âge, le sexe, la constitution des individus, l'intensité de la maladie, etc. Nous avons déterminé les cas où ces moyens n'étaient pas applicables, et ceux où l'un d'eux devait être employé à l'exclusion de l'autre. Mais en général, nous avons reconnu, que les succès les plus nombreux étaient obtenus, lorsqu'on savait combiner à propos les deux méthodes. Nous avons dit qu'il fallait saigner quelquefois très largement, afin de faire perdre au pouls sa dureté et sa résistance, et que c'était alors seulement qu'on devait recourir à l'émétique à haute dose. On voit en définitive, que si nous avons adopté plus spécialement certaines méthodes, nous n'en avons exclu aucune; nous avons saigné peu ou beaucoup, nous avons tiré à quelques malades plus de 4 kilogrammes de sang (8 livres), tandis que d'autres en ont à peine perdu 187 grammes (6 onces), chez quelques-uns même nous nous sommes abstenus tout à fait d'émissions sanguines. La quantité d'émétique donné, le temps pendant lequel on a administré ce médicament héroïque, n'a pas moins varié. Enfin, d'autres fois nous avons renoncé à ces méthodes, pour insister sur les évacuans, sur les toniques, les excitans, lorsque des indications spéciales nous en faisaient un devoir; en un mot, nous avons suivi une méthode rationnelle, c'est à-dire que nous nous sommes efforcé de modifier le traitement selon la forme et la période de la maladie, et que nous avons fait la part des exigences qui provenaient des conditions individuelles, et de celles qui dépendaient des constitutions médicales.

En suivant les règles que nous avons exposées, nous avons vu que, sur les 304 malades dont j'ai analysé les observations, et dont l'âge moyen était de 38 ans environ, 43 ont succombé, ce qui donne une mortalité un peu moindre d'un septième. Toutefois je dois rappeler que pour apprécier à sa juste valeur l'efficacité du traitement qui fut suivi, il faudrait retrancher du total, les 11 malades que nous avons vus guérir par les émolliens seuls, et peut-être même les 13 qui, bien qu'ayant été saignés, n'avaient pourtant qu'une pneumonie qui devait guérir, n'importe la méthode qu'on lui aurait opposée, ce qui donnera

alors une mortalité de plus d'un septième dans le premier, et de un sur six et demi dans le second; résultats qu'il ne faut pas juger uniquement d'après le chiffre, mais bien par les conditions de nos malades ; et si on réfléchit au grand nombre de pneumonies graves que nous avons eues, à la proportion assez considérable de femmes et d'individus âgés, on verra que ce résultat est encore assez avantageux.

Cependant je prie le lecteur de remarquer, que le chiffre que je viens de donner exprime le résultat obtenu d'après la réunion de tous les faits indistinctement, et l'on sait qu'il en est beaucoup qui ont été traités d'après des méthodes que je conseille de ne pas suivre habituellement. C'est ainsi que 44 ont pris le tartre stibié sans saignées préalables ; chez 30, on administra l'émétique après avoir épuisé la possibilité de saigner, ce qui est extrêmement désavantageux, chez 17 on donna l'oxide blanc d'antimoine dont le degré d'efficacité est encore assez contestable. Il n'y eut réellement que 80 malades, chez lesquels on ait suivi la méthode que je proclame la meilleure, et qui consiste à saigner plus ou moins largement, de manière à faire tomber la dureté et la résistance du pouls, et à donner l'émétique avant d'avoir épuisé la possibilité de saigner. Je veux qu'on combine les saignées générales et les saignées locales, car celles-ci enlèvent plus rapidement la douleur de côté, que les premières et c'est certainement parceque MM. Bouillaud et Briquet ont eu recours plus souvent aux ventouses et aux sangsues, qu'ils ont obtenu un peu plus tôt que nous la cessation de ce symptôme incommode. Les malades chez lesquels on a suivi le mode de traitement dont je parle, n'ont présenté qu'une mortalité d'un huitième, résultat extrêmement avantageux, surtout si on a égard aux conditions dans lesquelles les malades se trouvaient placés. C'est donc avec confiance, que je conseille le traitement dont je parle, toutes les fois que les conditions individuelles ou de constitution médicale le permettront. Le soin avec lequel j'ai étudié la question me fait espérer de ne m'être point trompé, et je crois pouvoir dire avec Sydenham que le traitement que je conseille, est celui que je voudrais me voir appliquer si j'étais atteint actuellement de la maladie dont je viens de tracer l'histoire.

FIN.

# TABLE DES MATIÈRES.

FIN.

IMP. DE MOQUET ET COMP., RUE DE LA HARPE, 90.

